

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 44

L'ANOREXIE MENTALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 21 mars 1911

PAR

Mohamed SAMY KAMAL

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris

Né au Caire (Egypte), le 23 avril 1887



LYON

Imprimerie WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

—
1911

L'ANOREXIE MENTALE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 44

L'ANOREXIE MENTALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 21 mars 1911

PAR

Mohamed SAMY KAMAL

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris

Né au Ca ré (Egypte), le 23 avril 1887



LYON

Imprimerie WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYON.
J. COURMONT. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER,
CAZENEUVE, LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.	CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE.
Physiologie.	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT.
Médecine opératoire.	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.)
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.)
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LÉPINE.	NOGIER.	TAVERNIER.
REGAUD.	LESIEUR.	LATARGET.	CADE.
COMMANDEUR.	EL. MARTIN.	BRETIN.	MOURIQUAND.
GAYET.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.)
NEVEU-LEMAIRE	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
PATEL.			

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PIC, *Président*; M. COLLET, *Assesseur*;
MM. J. LÉPINE et Etienne MARTIN, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. WEILL

Qui a bien voulu nous donner les renseignements nécessaires.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
JEAN LÉPINE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
ÉTIENNE MARTIN

Qui ont bien voulu accepter d'être nos juges.

INTRODUCTION

La pratique de tous les jours nous apprend qu'il faut nous intéresser davantage à la vie psychique des malades que nous sommes appelés à soigner. Si notre diagnostic, et par suite notre thérapeutique se trouvent parfois mis en échec, c'est que nous n'avons pas exploré, du moins suffisamment, le domaine régisseur de l'esprit.

Ce que boit le malade, ce qu'il mange, nous intéressent beaucoup ; mais il est de toute importance de reconnaître aussi l'élément psychique dominant, et de rechercher ses corrélations avec les autres symptômes.

S'il existe des lésions organiques à répercussion mentale, il ne faut pas oublier pour cela l'influence de celle-ci sur celle-là, et s'entêter à subordonner tous les troubles de la vie psychique à ceux de la vie organique.

L'« anorexie mentale » qui nous occupe aujourd'hui, en est un exemple flagrant ; c'est une affection mentale à symptomatologie gastrique.

En face d'une malade qui a perdu l'appétit, l'anorexie semble être le seul trouble fonctionnel constatable

et le médecin peut être engagé ainsi à soigner, par des moyens locaux, une maladie d'estomac ou une maladie d'intestin. Mais, tout cela change si l'on veuille bien scruter et préciser la symptomatologie.

Là plus qu'ailleurs, c'est d'un diagnostic bien établi que dépendra la vie de la malade. « La méconnaissance de l'anorexie mentale, dit M. le professeur Déjérine, est d'autant plus grave que les malades qui en sont atteints peuvent mourir d'inanition. » « La thérapeutique de l'anorexie mentale est celle qui donne les plus beaux résultats. » Il faut savoir ne pas prendre l'effet pour la cause : dans la plupart des cas, en effet, il sera d'une grande difficulté de dévoiler la nature psychopathique de ce trouble qu'est l'anorexie. Celle-ci semble être liée à une cause dyspeptique ou à une langue saburrale. Il n'en est rien pourtant : la perte d'appétit est indubitablement primitive ; la malade n'a jamais souffert auparavant de l'estomac ; du reste, elle répond qu'elle n'est pas malade, et ne comprend pas pourquoi on la soigne, elle se porte très bien. Si elle ne mange pas, c'est parce qu'elle n'a pas faim, elle a perdu la notion de manger, tout simplement.

A quelle maladie faut-il rattacher cette anorexie ? Les troubles du tube digestif ne peuvent l'expliquer. Est-ce une manifestation hystérique ? Mais on ne constate aucun stigmate de la névrose. Pour l'interprétation de ce phénomène, il ne faut pas oublier que la fonction digestive demande une représentation mentale et la mise en jeu de la volonté.

C'est précisément dans l'aberration de cette représentation mentale et de cette volonté, que réside toute

la pathologie de l' « anorexie mentale ». Cette perte d'appétit, spéciale, ne dérive plus d'un défaut dans la chaîne réflexe à point de départ sensitif ou gestatif ; elle dépend d'un défaut dans la mécanique psychique elle-même.

« L'anorexie mentale vraie, dit M. le Professeur Déjérine, consiste dans la perte progressive de la représentation mentale de l'appétit.

« Dès que l'inhibition du phénomène psychique, qui constitue l'appétit, s'accompagne d'inhibition du phénomène physique qui est la faim organique, l'anorexie mentale se trouve constituée.»

Comme on le voit, c'est une maladie spéciale, qui évolue pour son propre compte.

Le terme d' « anorexie primitive » est assez caractéristique, mais nous lui préférons celui d' « anorexie mentale » parce qu'il éveille en nous, en même temps, l'origine psychique de cette maladie qui, sans cela, paraîtrait très banale.

ANOREXIE MENTALE

Synonymes.

Apepsia hystérique (W. Gull, août 1868). — Anorexie hystérique (Lasègue, avril 1873). — Anorexey, Anorexia nervosa (W. Gull, octobre 1873). — Anorexie mentale (Charcot, 1887). — Maladie Lasègue (Gilles de la Tourette, 1898) Gull. — Siteirgie (Sollier, août 1891). — Anorexie nerveuse féminine (Dieulafoy, Bouchard et Brissaud). — Anorexie primitive (Gilles de la Tourette, 1895). — Anorexie vraie. — Anorexie dyscénesthésique (Ballet, novembre 1907). — Anorexie nerveuse (Comby, août 1908). — Anorexie psychique (Cade, 1910). — Anorexie primitive vraie; anorexie mentale (Déjerine, 1911).

Définition.

L'anorexie mentale est une psychose féminine caractérisée par la suppression de la sensation de la faim et d'un refus à l'alimentation. Elle est accompa-

gnée d'amaigrissement, de refroidissement et de cyanose des extrémités, de troubles mentaux consistant en changement du caractère, souvent en délire d'indignité (Weill).

Historique.

L'anorexie mentale a été entrevue par Briquet (1) en 1859. En 1868, Sir W. Gull (2) a attiré l'attention sur une maladie caractérisée par une émaciation extrême, une perte d'appétit survenue sans cause et sans aucune lésion organique, l'état de la malade faisant croire à une tuberculose latente ; il l'appela, pour « attirer l'attention », disait-il, « aepsia hysterica ». Mais, en réalité, c'est un mémoire original écrit de la main de Lasègue (3), et paru en avril 1873, qui a fait époque dans la matière qui nous occupe. Il la dénomma « anorexie hystérique » (le nom importe peu), anorexie dans laquelle « l'appétit est supprimé sans que le malade éprouve d'autre sensation que le regret d'être privé d'un excitant qui l'invite à la nourriture. Il n'en résulte pas de répugnance, et souvent le proverbe qui veut que « l'appétit vienne en mangeant » se trouve justifié. »

Il note que cette anorexie est plus fréquente chez la

(1) *Traité de l'hystérie*, 1859, page 256.

(2) *Lancet*, 1868 : Trans. of the Clinical Society, 1874.

(3) *Archives générales de médecine*, avril 1873, page 385.
Etudes médicales, Paris, 1884, t. II, page 45

jeune fille et les jeunes femmes, que dans le sexe masculin, quoiqu'il ne l'ait pas observée chez l'homme.

Lasègue fait de l'anorexie « une des formes de l'hystérie à foyer gastrique ». Il l'étudie, parce qu'il a le sentiment que dans cette vaste névrose qui est l'hystérie, « il vaut mieux, tout d'abord, étudier chacun de ses symptômes à part ».

Voilà le tort qu'a eu Lasègue ; c'est qu'en étudiant l'anorexie avec l'idée préconçue qu'elle fait partie de l'hystérie, il ne l'a pas étudiée pour elle-même. Ce qui fait que dans sa description magistrale il y a une confusion fâcheuse rattachant à l'hystérie ce qui n'en est pas, et à l'anorexie vraie ce qui n'en est pas non plus.

« Une jeune fille, dit-il, entre 15 et 20 ans, éprouve une émotion qu'elle avoue ou qu'elle dissimule ; elle éprouve tout d'abord un malaise à la suite de l'alimentation, sensations vagues de plénitude, d'angoisse, de gastralgie post prandium, ou plutôt survenant dès le commencement du repas. Ni elle ni les assistants n'y attachent d'importance, il n'en résulte aucune incommodité durable.

« Le lendemain, la même sensation se répète, et elle continue ainsi, insignifiante, mais tenace pendant plusieurs jours. La malade se déclare alors à elle-même que le meilleur remède à ce malaise indéfini, particulièrement pénible, consiste à diminuer l'alimentation. Jusque-là, rien d'extraordinaire : il n'est pas de gastralgique qui n'ait pas succombé à cette tentation jusqu'au moment où il acquiert la certitude que l'inanition relative est non seulement sans profit, mais qu'elle aggrave les souffrances. Chez l'hystérique, les

choses se passent autrement. Peu à peu, elle réduit sa nourriture, prétextant tantôt un mal de tête, tantôt un dégoût momentané, tantôt la crainte de voir se répéter les impressions douloureuses qui succèdent au repas. Au bout de quelques semaines, ce ne sont plus des répugnances supposées passagères, c'est un refus de l'alimentation qui se prolongera indéfiniment. La maladie est déclarée, et elle va suivre sa marche si fatalement qu'il devient facile de pronostiquer l'avenir.»

Pour Lasègue, la conception de la maladie tient dans ces deux déclarations :

1° « Je ne peux pas manger, parce que je souffre », dit l'anorexique au début ; et

2° « Je ne souffre pas, donc je suis bien portante », dit-elle à la période d'état de la maladie.

L'auteur écrit son mémoire, ayant eu à observer huit cas d' « anorexie hystérique », n'en détaillant aucune, toutes survenues chez des jeunes filles, ou chez des jeunes femmes de 18 à 32 ans.

C'est à la suite de ce mémoire que sir W. Gull a été amené à faire observer en 1873 à la « Clinical Society » de Londres, qu'il avait déjà signalé des faits semblables (Medical Association — août 1868). Il avait appelé la maladie « aepsia hysterica » ; mais il aime mieux l'appeler maintenant tout simplement « anorexey » parce que ce terme, dit-il, répond mieux aux faits. Sir W. Gull rattache cette « anorexey » ou « aneroxia nervosa » à l'hystérie quoique les malades ne présentent aucun symptôme de la névrose.

(1) *British Medical Journal* 1873, t. II. Page 527.

A la suite de Sir W. Gull, dans cette même séance de la « Clinical Society » a pris la parole le Dr Quain. Il raconta l'histoire d'une malade qui avait perdu l'appétit et ne mangeait pas, si bien qu'elle ressemblait à une momie du « British Museum ». Il lui donna du thé de bœuf aromatisé de clous de girofle ; et pour avoir plus l'aspect de médicament, illusion qu'il fallait donner à la malade, il le lui présentait dans une coupe spéciale ; cette malade prenait en outre la potion alcoolique de la pharmacopée anglaise. Elle guérit, mais après une rechute.

Dr Quain ne croit pas rattacher cette maladie à l'hystérie, parce qu'il n'en trouve pas de stigmates ; il croit à une cause périphérique, plutôt qu'à une cause centrale : c'est la congestion de la membrane muqueuse de l'estomac qui doit jouer le rôle important.

Dr Greenhow, à la suite, cite deux cas semblables qu'il eut à observer :

1^o Le premier chez une jeune fille qui est arrivée progressivement à ne plus manger. Il la fit sortir de chez elle et la fit amener dans une maison de santé près de Londres. Au bout de quelques temps, elle rentra dans sa famille totalement guérie.

2^o Le second cas s'est présenté aussi chez une jeune fille qui avait perdu l'appétit, elle était amaigrie. Au bout de six semaines d'isolement son état changea ; mais elle rechuta, une fois rentrée chez ses parents. Il recommença de nouveau le même traitement, et cette fois la jeune fille rentra mangeant comme tout le monde.

Le Dr Greenhow insiste ainsi sur l'isolement, pour le traitement de cette maladie.

Le 21 mai 1881, le Dr Dowse présente à la Clinical Society un nouveau cas d'anorexia nervosa (1) (voir observation VII, page 75).

La question fut ensuite étudiée en France, par Huchard (2) en 1883.

Dans la thèse de Déniau (3) sur l'hystérie gastrique nous trouvons une observation typique. Nous la reproduisons plus loin (observation VI, page 72).

En Allemagne, Rosenthal (4) classe cette maladie parmi les névroses de l'estomac et l'attribue à une hyperesthésie des terminaisons gastriques des nerfs de la X^e paire, hyperesthésie développant une sensation insolite et très précoce de satiété.

De nouveau, Charcot (5) en 1887 y apporta son concours précieux. Il ne trouve pas chez l'anorexique les stigmates de l'hystérie : anesthésie, rétrécissement du champ visuel, « qui font rarement défaut chez l'hystérique » ; il l'appelle « anorexie mentale ».

Cette anorexie fut touchée par Gilles de la Tourette (6) en 1890 ; et en 1891, Sollier (7) est venu dire : « qu'on distinguait autrefois en vertu de considérations sur la nutrition des hystériques, que les travaux de M. Gilles de la Tourette et Cathelineau nous semblent avoir réduites à néant, deux sortes d'anorexie : une anorexie gastrique et une anorexie mentale. A notre avis, il n'y

(1) *Lancet*, 1881. Thèse Déniau. De l'hystérie gastrique, 1883.

(2) HUCHARD et AXENFELD. Les névroses, 1883.

(3) Page 35.

(4) ROSENTHAL, page 13.

(5) Œuvres complètes, t. III, page 240.

(6) La nutrition dans l'hystérie, 1890.

(7) *Revue de Médecine*, Août 1891, page 625.

a qu'une sorte d'anorexie nerveuse ; c'est l'anorexie mentale, car c'est véritablement l'élément psychique qui est l'élément essentiel. Mais le terme d'anorexie est mauvais, car il ne l'indique pas. Pris dans son sens étymologique, il signifie simplement la perte du sens de l'appétit et du sentiment de la faim, tandis qu'en réalité, au sens clinique, l'anorexie pour être constituée, exige quelque chose de plus : le refus systématique d'alimentation, qui est très comparable à la sitio-phobie des aliénés, mais qui en diffère surtout par les motifs. »

Ainsi Sollier voudrait l'appeler *sitreirgie* (σιτος aliment et εγρω je repousse), mais il trouve que ce terme est trop barbare.

Les observations rapportées par cet auteur se rattachent à des jeunes filles indubitablement hystériques. Le trouble, suivant lui, a son origine dans l'anesthésie de l'estomac.

Bouveret (1) en 1893 admet avec Sollier son origine hystérique et maintient les termes : anorexie primitive et anorexie secondaire. La première est une hystérie monosymptomatique ; la deuxième secondaire à d'autres manifestations gastriques.

Kissel, en 1894, présente à la « Société de Pédiatrie » de Moscou (séance du 7 mars) un cas d'anorexie hystérique grave chez une jeune fille de 11 ans. Nous rapportons l'observation plus loin (observation IX, page 78).

En la même année, Collins (2), en Angleterre fait

(1) Traité des maladies de l'estomac, 1893, page 655.

(2) *Revue de Neurologie*, 1894, page 575.

paraître dans la *Lancet* (1) une observation d' « anorexia nervosa » qu'il sut guérir. Elle est rapportée ici (voir observation V, page 71).

Ce fut ensuite le tour de Lokhart Stephens (2) qui eut à observer en 1895, un cas typique « d'anorexia nervosa » (voir observation X, page 79).

C.-F. Marshall (3) toujours en 1895 eut à observer un cas d' « anorexia nervosa ». C'est une jeune fille de onze ans qui paraissait en avoir quatorze. Le 10 mai 1890, elle rentre à « North Eastern Children's Hospital » parce qu'elle n'a pas faim ; sa mère croyait à une maladie nerveuse en l'y amenant. Il y avait quatre ans, la jeune fille avait une maladie semblable. A l'examen, elle était très émaciée, le ventre était rétracté ; en pressant sur l'abdomen on lui sentait la colonne vertébrale. Elle ne présentait aucune lésion organique. Elle était très agitée, refusait toute nourriture et vomissait ce qu'elle prenait. On l'a nourrie néanmoins de thé de bœuf et de Brandy. Le treizième jour, elle a présenté une poussée thermique de 102° Fahr. (38° 9/10 centigrades) et le quinzième jour elle mourait.

A l'autopsie, on trouva des lésions indubitables de tuberculose au sommet gauche, mais qui d'après l'auteur ne pouvaient pas occasionner la mort.

Celui-ci admet en conclusion que l'anorexia nervosa était d'origine tuberculeuse, de tuberculose latente !

Dans son traité sur l'hystérie, Gilles de la Tourette (4),

(1) *Lancet*, 1894, page 202.

(2) *Lancet*, 1895, page 31.

(3) *Lancet*, 1895, page 149.

(4) 3^e vol., page 282, année 1895.

à propos des manifestations de l'hystérie sur l'estomac, retrace la maladie « Lasègue-Gull » et propose pour elle le terme d'« anorexie primitive ». Il fait de cette anorexie le premier symptôme en date de l'hystérie.

Au Congrès de Bordeaux 1895, Jolyet propose de nouveau le terme d'« anorexie mentale ».

A la suite de ces travaux épars, se sont occupé de l'anorexie nerveuse : Bouchard, Janet Raymond et Hutinel. Dancourt(1) dans sa thèse : « Manifestations gastriques de l'hystérie chez l'enfant » conclut que « l'anorexie et les autres troubles de l'appétit ne rentrent pas dans cette classe. »

Paul Dubois(2) en 1904 consacre à l'« anorexie mentale » plusieurs pages dans son livre : *Les psychonévroses et leur traitement moral*.

Gilbert Ballet(3) en 1907 l'appelle « anorexie dyscénesthésique » et montrait ainsi son origine dans un trouble d'une sensation profonde, la cénesthésie, qui dans le cas particulier est constituée par la faim.

En 1908, J. Comby (4) fait paraître un mémoire très important dans les *Archives de Médecine des enfants*. Il relate les faits d'une observation détaillée d'« anorexie nerveuse » reproduite plus bas. C'est le mémoire le plus clair et le plus précis dans la question. Il relève que cette maladie se développe sur « un terrain propice, le tempérament nerveux héréditaire, la faiblesse

(1) Paris, 1904-1905.

(2) *Psychonévroses et leur traitement moral*, 1909, page 293.

(3) *Médecine moderne*, 6 novembre.

(4) *Archives de Médecine des enfants*, 1908, n° 8.

de constitution, etc... Mais tout cela, dit-il, ne fait pas l'hystérie. » Il en fait une maladie exclusive du sexe féminin.

Enfin la nouvelle publication du Professeur Déjerine (1) nous amène de nouveaux et solides documents.

Il maintient les termes : anorexie mentale primitive et anorexie mentale secondaire. « Dans l'anorexie mentale primitive (celle où primitivement et souvent volontairement, l'alimentation pour des causes variées, se trouve être réduite) deux ordres de faits doivent être considérés. Tantôt l'inappétence est d'origine émotive. Tantôt la restriction alimentaire est, au début, purement volontaire. »

L'anorexie mentale secondaire est « celle où la restriction alimentaire se fait en vue d'obvier à des troubles digestifs antécédents. » Et plus loin :

« L'anorexie mentale secondaire diffère de l'anorexie primitive par un certain nombre de points. Tout d'abord dans cette forme les deux sexes peuvent être également frappés, tandis que, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, l'anorexie mentale primitive s'observe surtout chez la femme. »

Comme on le voit, le Professeur Déjerine ne fait pas de l'anorexie mentale primitive l'apanage du sexe féminin.

En fin de compte, si l'on veut bien jeter un coup d'œil d'ensemble sur cet historique, on constatera que l'appellation de cette maladie a passé par trois phases successives qui méritent d'être signalées ici :

(1) DÉJERINE et GAUCKLER, *Psychonévroses et leur traitement par la psychothérapie*, 1911.

Tout d'abord elle a été appelée : anorexie hystérique; mais le doute a gagné bientôt les médecins qui l'ont étudiée et on la dénomme en second lieu : anorexie nerveuse. Le terme d'anorexie mentale, bien qu'énoncé dans le jeune âge de cette étude, n'a pas eu la vogue qu'il méritait. C'est lui qui prévaut maintenant, car on apprend à connaître la maladie et à mieux l'observer, tout en ignorant sa pathogénie.

Dans cet historique, nous avons omis, à dessein, pour ne pas embrouiller la question, de parler des cas « d'anorexie mentale », qui ont été observés dans le sexe masculin. Il convient d'en dire quelques mots ici.

Nous ne faisons que citer le cas de Caryophylis (1): complexe symptomatique constitué par de l'aphagie, alalie et astasie-abasie chez un garçon de 13 ans, guéri par la suggestion forcée.

La seule observation intitulée anorexie mentale chez un jeune homme, est celle du Dr Blum (2). L'auteur lui-même la différencie de la maladie de Lasèque. Ici le jeune homme était un psychasthénique, et ne mangeait pas, parce qu'il avait peur de manger; les malades de ce genre ont une attitude spéciale très reconnaissable qui les font distinguer des malades atteints d'« anorexie hystérique » : « Le regard est sans vie, comme perdu, sans intelligence, les yeux évitent de fixer; l'attention semble être impossible. Le malade est comme à la recherche de sa pensée, il donne l'impression d'un dormeur qui se réveille et qui n'a pas encore repris tout à fait connaissance. »

(1) *Progrès Médical* n° 40, 18 octobre 1892, page 241.

(2) *Province Médicale* n° 25, 18 juin 1910, page 277.

Pathogénie

La cause de l'anorexie mentale est totalement inconnue. Les auteurs qui se sont intéressés à la question en ont fait une manifestation hystérique, tout d'abord. Elle nous paraît totalement indépendante, pour les raisons suivantes :

1° L'anorexie mentale ne se voit que dans le sexe féminin. Si elle était d'origine hystérique, en effet, elle existerait indifféremment et chez les jeunes filles, et chez les garçons. Il est même remarquable, à ce sujet, de voir que l'anorexie mentale se voit surtout de 10 à 20 ans, juste au moment où il n'existe presque plus de différence sexuelle dans les manifestations hystériques ;

2° L'anorexie mentale peut évoluer sur un terrain non entâché d'hystérie : le sujet ne présentant ni antécédents hystériques héréditaires, ni, dans les antécédents personnels, aucun stigmate de la névrose (anesthésie, paralysie, spasme, rétrécissement du champ visuel) ;

3° Les malades qui guérissent de l'anorexie mentale ne présentent pas dans leur vie ultérieure, le moindre signe hystérique.

Mais il est incontestable que l'anorexie mentale puisse évoluer chez une hystérique ; les deux maladies peuvent s'associer. Nous admettons néanmoins que l'hystérie puisse jouer un rôle prédisposant à la perte d'appétit mentale. Mais nous sommes bien loin d'en

faire « l'apanage des sujets chez lesquels l'hystérie et la dégénérescence se sont associées. » (Gilles de la Tourette. Traité de l'hystérie et Traité de Brouardel et Gilbert.)

La pathogénie déductive de ses observations a amené le Professeur Weill à émettre l'hypothèse d'une insuffisance ovarienne; c'est la sécrétion du corps jaune qui fait défaut : la morphologie du corps des malades et la suspension de leurs menstrues paraissent en effet assez significatives; elles le sont d'autant plus que les malades atteintes d'anorexie mentale changent de caractère, cessent d'être coquettes, plus que cela elles sont indignes de vivre (Weill). On sait que la sécrétion interne de l'ovaire règle les menstrues, a sous sa dépendance la morphogénie extérieure des jeunes filles; elle fait naître en elle des caractères sexuels.

En outre quand la sécrétion de l'ovaire manque, il y a diminution des combustions, ainsi que des produits de désassimilation. Les urines claires de ces malades peuvent être ainsi expliquées, et il n'est pas besoin d'invoquer l'hystérie [pour expliquer la conservation des forces des anorexiques mentales, au début, malgré leur dénutrition.

Nous n'avons pas essayé le traitement opothérapiques chez des anorexiques mentales ; car il ne faut pas oublier que si l'on admet l'insuffisance ovarienne, l'état mental de la malade passe au premier chef, et qu'il y a lieu d'employer la psychothérapie avec plus de chance de succès. La greffe du délire de ne vouloir plus s'alimenter et de refuser toute nourriture, tous

les jours de plus en plus grand, ne peut relever que d'un traitement moral. Du reste l'alimentation bien comprise se charge bien d'apporter les éléments nécessaires à l'organisme malade.

Etiologie

CAUSES PRÉDISPOSANTES A L'ANOREXIE MENTALE

Parmi ces causes il faut citer au premier chef le tempérament nerveux héréditaire, surtout l'hystérie, la faiblesse de constitution et les gastralgies.

« La gastralgie des jeunes hystériques est un terrain favorable au développement de deux névroses gastriques plus graves : le vomissement nerveux et l'anorexie nerveuse. » Bouveret.

La prédisposition aux vomissements est aussi un facteur important à la genèse de cette forme d'anorexie. Celle-ci se développe aussi bien dans les familles riches que dans les familles pauvres. Le Professeur Weill a observé un cas d'anorexie mentale survenue à la suite d'une fièvre typhoïde.

CAUSES DÉTERMINANTES

Il est bien entendu que ces causes n'ont de l'importance que quand elles évoluent sur un terrain particulier, et encore, il leur faut autre chose : le concours d'une insuffisance ovarienne.

Ces causes déterminantes relèvent de deux origines : émotives et volontaires.

Causes déterminantes émotives : La cause de l'anorexie mentale peut être trouvée dans quelque chagrin, la perte d'une amie, par exemple; dans une contrariété familiale, une déception, un deuil, des chagrins d'amour, un mariage manqué, une éducation mal comprise, etc...; le plus souvent on ne trouve pas une cause bien évidente.

« Les grandes préoccupations morales peuvent supprimer la faim, par le mécanisme d'une substitution d'une douleur à une autre. » (Traité de physiologie. Morat et Doyon, t. IV, p. 415.)

Cette explication est plausible lorsqu'il s'agit d'une perte aiguë de l'appétit (Eds cite un cas d'anorexie mentale survenue à la suite d'une grande douleur morale, et qui guérit par l'alimentation artificielle au moyen de bols nutritifs); elle ne l'est pas moins lorsque l'anorexie dure déjà depuis quelque temps; dans ce dernier cas, en effet, la constance de ces préoccupations et leurs répétitions imprègnent de plus en plus le terrain devenu sensible, surtout s'il était bien réceptif au début et impose en quelque sorte de plus en plus l'anorexie.

Parmi les causes déterminantes volontaires. — Nous classons la coquetterie, le désir de s'amincir la taille, de maigrir ou de ne pas engraisser; la macropsie (Sollier) qui consiste en ce que les aliments qu'on présente paraissent volumineux, monstrueux, la patiente se déclare incapable de les ingérer. Une exaltation pathologique du sentiment religieux peut jouer

un rôle important : partant de ce point que le jeûne sanctifie et purifie, on arrive à diminuer son alimentation, et c'est le jeûne régulier qui cause l'anorexie.

Parfois aussi la cause de l'anorexie relève d'une perversion mentale : pensée d'inquiéter la famille, le désir de se rendre intéressante, ou la satisfaction de dérouter un médecin.

Quelquefois l'imitation est imputable de ce trouble ; M. Bouveret cite un cas d'anorexie mentale survenue chez la sœur d'une jeune fille anorexique depuis plusieurs années.

Sexe. — L'anorexie mentale se développe exclusivement chez le sexe féminin.

Age. — L'anorexie mentale se voit surtout dans le jeune âge, de 10 à 20 ans. M. le professeur Weill a observé un cas à 2 ans $1/2$.

Dans les observations que nous avons pu rapporter, l'âge est ainsi réparti :

1 cas à	2 ans $1/2$
1 —	7 —
1 —	7 — $1/2$
1 —	10 —
1 —	11 —
2 —	12 —
1 —	13 —
2 —	13 — $1/2$
1 —	14 —
2 —	15 —

2 cas à.....	16 ans
1 —	17 —
8 —	18-32 ans

Symptômes

L'histoire clinique de l'anorexie mentale peut être divisée en trois périodes :

1^o La période de début ou d'installation de l'anorexie mentale.

2^o La période d'état.

3^o La période terminale ou d'inanition.

PÉRIODE DE DÉBUT. — Nous étudierons tout d'abord les symptômes fonctionnels, les seuls qui attirent l'attention.

Symptômes fonctionnels et généraux. — Evolution. -- L'anorexie mentale a une évolution très lente ; cette période de début surtout est longue et sournoise ; on ne sait jamais au juste quand elle commence. Tout au plus s'aperçoit-on qu'une jeune fille, ou bien une jeune femme, mange moins qu'à l'ordinaire ou perde son appétit ; on n'y fait pas attention, tellement le fait est banal. Mais cette perte d'appétit a ceci de particulier, c'est qu'elle va s'accroissant.

Volontairement ou involontairement la jeune fille réduit sa nourriture, n'a plus envie de demander un plat préféré, et ceci sans aucune cause apparente.

Si c'est volontairement que la jeune fille a réduit son

alimentation, par coquetterie par exemple, elle ne tardera pas à devenir l'esclave de son caprice. Elle tombe ainsi dans un cercle vicieux : plus elle diminue sa ration alimentaire, plus elle augmente son anorexie, et au bout de quelque temps l'anorexie bien installée, la malade oubliera petit à petit la cause qui l'a engagée à réduire ainsi ses aliments.

Cette réduction d'aliments est tantôt quantitative tantôt qualitative. C'est la viande, par exemple, qui n'est plus touchée ; le pain le sera de même à son tour ; et c'est ainsi que la jeune fille arrive à éliminer systématiquement : viande, pain et légumes. Elle ne s'alimente plus maintenant que de quelques friandises : gâteaux ou confitures, fruits, ou quelques tasses de café au lait, car ce sont les douceurs qui solliciteront, en dernier lieu, la patiente à avoir un peu plus d'appétit.

On pense bien que cette aberration sera davantage exagérée, si un médecin consulté, croyant avoir affaire à une dyspeptique ordinaire, ordonne un régime sévère. Une gastrite ou une entérite est alors créée de toutes pièces. Il n'en est rien pourtant : la malade ne souffre plus, ne ressent pas de douleur abdominale. L'ingestion d'aliments même ne lui cause aucun malaise ; elle n'a pas de douleur, spontanée soit-elle, ou provoquée ; la pression à l'épigastre n'est pas douloureuse. Mais il peut arriver que l'on dénote une gastralgie, et le médecin sera le premier tenté à la rattacher à une lésion organique.

La malade elle-même ne se sent pas malade, et ne comprend pas pourquoi on la soigne.

La ration alimentaire diminuant, les parents sont là pour lui varier les mets ou pour la supplier de manger davantage. Elle se rappelle à peine de l'heure du dîner; il faut l'inviter à table, et celle-ci est une corvée pour la patiente. Elle y arrive, mettant toute sa bonne volonté, en cédant aux instances de ses parents.

Une fois à table, elle s'entend dire de tous les côtés qu'il faut manger. Elle veut bien mais elle n'a pas faim. Sollicitée à toucher aux aliments qu'on lui offre, elle cherche le plus petit morceau; il est encore trop gros, et elle demande qu'on lui en coupe de plus petit.

Cette docilité de l'anorexique au début, et son bon vouloir, vont bientôt dégénérer en impatience; agacée et ennuyée, elle va se révolter contre cette atmosphère si fatigante; elle va être catégorique dans son refus.

« A ce moment l'anorexique ne veut pas manger, parce qu'elle ne veut pas, dit Sollier. Elle a dit qu'elle ne veut pas manger, et que, quand elle a dit une chose elle la fait, et sait bien ce qu'elle fait. »

C'est une véritable idée fixe.

A ce moment « les malades, loin de s'affaiblir, dit Lasègue, et de s'attrister, déploient une façon d'alacrité qui ne leur était pas habituelle. » Elles ne sont pas du tout hypocondriaques.

Agiles, pas du tout paresseuses, elles marchent, jouent du tennis, tout aussi bien que les autres jeunes filles de leur âge.

C'est le manque d'appétit seul qui exaspère les

parents ; si on lui fait observer qu'il est dangereux de s'alimenter d'une façon insuffisante, l'anoréxique répond qu'à ce sujet elle ne s'est jamais vu mieux se porter, mais la jeune fille ne croyait pas si bien conclure ; elle s'étonne de vivre aussi bien que toutes les autres personnes, en mangeant si peu ; puisqu'elle vit bien ainsi, ce n'est donc pas la peine de manger. C'est ainsi que pour elle, le proverbe qui dit qu'« il faut manger pour vivre » perd tout son sens. L'anorexique mentale a perdu complètement la notion de manger. C'est à ce moment que va se dessiner la perversion mentale.

Signes physiques de la 1^{re} période. — A part son anorexie, la jeune fille est absolument normale. L'examen des organes ne dénote absolument rien de particulier ; rien à l'estomac ni aux intestins, le foie est normal. L'auscultation des poumons ne décèle aucune lésion ; ils sont complètement sains.

D'ailleurs la malade ne se porte pas plus mal pour cela ; on ne s'aperçoit même pas qu'elle a maigri, quoique la nourriture représente à peine le dixième du régime accoutumé. Le teint reste bon, la langue est nette et franche, la soif nulle, le sommeil est régulier, tout au plus constatera-t-on de la constipation ; mais elle se comprend aisément par l'apport faible d'aliments. D'ailleurs elle cède facilement aux laxatifs légers.

M. Janet appelle cette première période, la période gastrique, parce que le plus souvent on croit avoir affaire à une dyspeptique ordinaire que l'on essaie de guérir comme telle par les régimes.

Les modifications du chimisme stomacal ne tiennent pas une place ici, l'anorexie ayant une origine cérébrale. Néanmoins l'examen a été pratiqué dans quelques cas et a montré toujours une hypochlorhydrie (Déjerine), ce qui s'explique très bien par le travail très réduit de l'estomac, en vue du faible apport alimentaire de l'anorexique.

PÉRIODE D'ÉTAT. — *Symptômes généraux.* — La malade ne veut plus paraître à table ; elle rejette complètement toute alimentation. Rien ne lui fait mal pourtant, elle ne souffre nulle part. Elle ne rejette pas d'ordinaire les médicaments qu'on lui donne ; parfois elle se montre docile pour les remèdes les moins attrayants. On a déjà essayé tous les remèdes et tous les régimes, toujours sans aucun succès.

Cette période est la période de lutte, pour Janet. « La jeune fille semble comprendre, dit-il, que la moindre concession, de sa part, la ferait passer de l'état de malade à celui d'enfant capricieux, et jamais elle n'y consentira. »

C'est un véritable délire, chez elles, que de refuser toute alimentation. Elle s'est convaincue que rien ne sert de manger. A quoi bon manger, raisonne-t-elle ? Pourquoi vivre ? Qu'est-ce que je fais sur la terre ? (Raymond).

A cette période, la malade peut rester toujours gaie. Elle se complait même dans son état présentant une quiétude ou un contentement vraiment pathologique.

On peut observer aussi l'état contraire. Dans un cas, M. le professeur Weill a découvert chez une anorexi-

que mentale, au grand étonnement de sa mère, un délire consistant en ce que la malade se croyait laide, laide à faire peur ; elle était aussi indigne de vivre (voir observation III, page 62).

« La famille, n'a à son service que deux moyens, dit Lasègue, qu'elle épuise toujours : prier et menacer. Plus la sollicitude s'accroît, plus l'appétit diminue.

« L'excès d'insistance appelle excès de résistance. »

L'anorexie ne s'est nullement transformée en dégoût pour les aliments.

Signes fonctionnels. — Petit à petit, les exercices, les marches lui deviennent pénibles. Elle se couche volontiers. Quand elle se lève, elle éprouve des vertiges allant quelquefois jusqu'à la syncope. Le sommeil est toujours irrégulier.

Signes physiques. — En même temps, on constate des symptômes inquiétants d'inanition : les mains sont froides et cyanosées, donnant au toucher une impression de froid humide (Weill). Les ongles sont bleus ou violets. La malade est amaigrie, n'a pas soif, mais a une constipation de plus en plus marquée.

Les règles sont suspendues.

Le visage est pâle, sans décoloration des muqueuses. « On constate un bruit de souffle cardio-vasculaire, de cause anémique, presque constant, qui souvent avait devancé l'affection, mais qui manque souvent d'apparaître à ses périodes avancées. » (Lasègue.)

« Au contraire, à cette période, le bruit de souffle fait défaut. » (Weill.)

TROISIÈME PÉRIODE. — *Période d'inanition.* — *Terminaison.* — A cette période ultime de l'anorexie mentale, la malade a déjà dépensé tout ce qu'elle a pu ; de vive qu'elle était, elle devient abattue, alanguie, elle est obligée maintenant de garder continuellement son lit.

Les signes physiques sont les seuls qui dominent la scène. La consommation a fait son œuvre : les malades ont perdu le quart, le tiers ou même la moitié de leur poids. En présence d'un cas pareil, on est effrayé d'une telle maigreur. Le faciès est pâle, terreux ; les yeux sont enfoncés dans l'orbite, les pommettes sont saillantes, les joues excavées, couvrant à peine les arcades zygomatiques qui se dessinent admirablement bien. Le nez est froid ; le regard lui-même est étrange, émanant de ce crâne qui semble appeler la mort.

Le corps tout entier n'est plus qu'un squelette ; les bras décharnés s'élèvent à peine de sur le plan du lit.

William prétend avoir été appelé par des anorexiques qu'on lui avait présentées comme des phthisiques avancées.

A l'inspection de la poitrine, en avant, on est frappé de son aspect extérieur : les côtes sont saillantes, la glande mammaire est flasque et tombante, ou bien elle a disparu.

En arrière, les omoplates paraissent se détacher du squelette, les apophyses épineuses se dessinent sous la peau.

L'abdomen est rétracté, en bateau. A la pression on constate que la paroi a perdu son élasticité ; on arrive facilement à toucher la colonne vertébrale.

Les crêtes iliaques sont saillantes, et l'on voit se dessiner nettement le contour du bassin.

Les jambes, présentant quelquefois de l'œdème, sont amaigries à l'extrême ; on comprend qu'elles ne peuvent supporter la malade.

Quand on tourne sur son lit une malade de ce genre, on ne peut pas ne pas avoir l'appréhension de lui casser quelque chose.

Les sécrétions sont diminuées :

L'urine est rare, claire, avec peu d'urée, ne présente ni sucre ni albumine.

La peau est sèche, rugueuse, pulvérulente, ne présentant aucune souplesse.

Les extrémités sont froides et violacées ; on constate quelquefois la chute des cheveux. (Comby.)

La respiration de la malade est courte, bruyante et pressée ; son expiration est froide ; l'haleine est fétide. On constate en outre la sécheresse de la langue.

La parole est très faible, agonisante.

Le pouls, toujours faible, de ralenti qu'il était, est devenu maintenant tachycardique. Auparavant on arrivait à compter 55, quelquefois 50 pulsations à la minute ; à cette période, il est filant et rapide, on peut ne pas le sentir à la radiale ; on compte 100 ou 120 pulsations à la minute.

La température centrale est toujours abaissée ; elle est au-dessous de 37°, même de 36°, mais la température périphérique l'est davantage.

Les règles sont toujours suspendues.

A ce moment, les malades ne vivent presque plus ;

elles sont dans un état semi-comateux. La description de Charcot est très édifiante :

« L'amaigrissement atteint des proportions extravagantes, dit-il; les malades ne sont plus, sans amplification, que des squelettes vivants. Et de quelle vie ! La torpeur cérébrale a succédé à l'agitation factice du début; depuis longtemps la marche et la station debout sont devenues impossibles; les malades sont confinées au lit, où elles peuvent à peine se mouvoir; les muscles du cou sont paralysés; la tête roule comme une masse inerte sur l'oreiller; les extrémités sont froides, cyanosées; on se demande comment la vie peut subsister au milieu d'un pareil délabrement.

« Depuis longtemps déjà, les parents se sont alarmés; mais l'alarme est au plus haut degré lorsque les choses en sont venues à ce point; elle est du reste bien justifiée, car la terminaison fatale est là, menaçante, et je connais, pour ma part, au moins quatre cas où elle est survenue. »

La terminaison mortelle par inanition, est heureusement loin d'être fréquente. La guérison, la malade étant à un stade moins avancé de la maladie, peut être spontanée, mais l'éventualité est rare.

« La jeune fille, dit Lasègue, commence à s'inquiéter de l'appareil attristé qui l'entoure, et pour la première fois son indifférence satisfaite se déconcerte : le moment est venu où le médecin va reprendre son autorité, s'il avait eu soin de la ménager en prévision de l'avenir; le traitement n'est plus accepté avec une condescendance passive; il est accueilli avec une appétence que la malade cherche encore à dissimuler.

« Deux directions s'ouvrent alors devant la malade :

« 1^o Ou elle est assez détendue pour devenir obéissante, et c'est le cas le plus rare ;

« 2^o Ou elle accède à une demi-docilité avec l'espérance évidente qu'elle conjurera le péril sans renoncer à ses idées, et peut-être à l'intérêt qu'inspire sa maladie.

« Cette seconde tendance, de beaucoup la plus commune complique énormément la situation. Ce n'est pas chose facile que de rétablir le fonctionnement régulier de l'estomac condamné depuis longtemps au repos ; on passe par des alternatives de réussite et d'insuccès, et souvent on n'obtient qu'un résultat insuffisant.

« Quelquefois un événement inattendu vient rompre le cours de la maladie, un mariage, un chagrin, une perturbation profonde. D'autres fois, ce sera un incident physique, une grossesse, une affection fébrile ; mais on en voit qui résistent à ces deux ordres de puissants modificateurs. »

Durée

La durée de l'anorexie mentale est le plus souvent fort longue ; elle peut persister des mois ou même des années. Lasègue, dans son mémoire original, sur ses huit observations, ne l'a pas vue durer moins de dix-huit mois.

Complications

Elles sont nombreuses ; parmi elles nous comptons les gastralgies ; si elles aident l'éclosion d'une anorexie, il ne faut pas oublier, pour cela, le rôle qu'elles tiennent dans sa ténacité et dans sa durée.

« qu'on suppose un individu pris subitement d'une constriction épigastrique survenue sans motif appréciable, le malaise est tel qu'il éveille l'inquiétude. Le malade se demande d'où peut provenir cette impression étrange, et c'est souvent par une semblable recherche que commence le délire des persécutés. En supposant que l'affection encéphalique n'aboutisse pas à de graves conséquences, la première hypothèse du malade et la plus naturelle, est qu'il souffre d'une maladie de l'estomac. Toute anxiété épigastrique avec l'appréhension, le demi-vertige qu'elle entraîne à sa suite s'exagère par l'alimentation, raison de plus pour croire à l'existence d'une irritation gastrique. » Lasègue — A la seconde période « les douleurs du début se sont atténuées ou dissipées, si elles reparaissent, ce n'est qu'à de lointains intervalles, ou dans des proportions aisément tolérables. Encore un argument en faveur du régime auquel la malade fait honneur de son amélioration. » Lasègue.

Le malheur est encore plus grand quand l'anorexie mentale est associée à une maladie organique de l'appareil digestif. Mais, une complication des plus ennuyeuses est, à n'en pas douter, les vomissements ; surtout

ces vomissements nerveux qui viennent avec facilité. Il semble que l'estomac ne tolère plus les aliments. C'est un argument pour la malade en faveur de sa persistance à refuser la nourriture. Puisque les aliments sont vomis, dit-elle, à quoi bon manger ?

L'anorexie mentale en plongeant les malades dans l'inanition, les rend aptes à contracter facilement les maladies infectieuses ; et c'est la tuberculose qui est la complication la plus redoutable. Lasègue l'a observée, se greffant, sur une anorexie dans un cas. C. F. Marshall dans le cas qu'il eut à observer croit même rattacher l'anorexie à la tuberculose latente (voir l'observation plus haut, page 48).

Le Professeur Paul Dubois de Berne signale dans son livre avec un peu de détail une observation assez intéressante sur ce sujet ; comme elle est significative au point de vue du traitement, nous la reproduisons plus loin (voir page 47).

Fréquence

L'anorexie mentale est très fréquente, seulement elle passe le plus souvent inaperçue. L'anorexie dans ce cas est tellement regardée comme une chose banale qu'on la néglige complètement. Ce n'est que quand elle amène des désordres et des perturbations profondes qu'elle est reconnue ; ce qui explique, d'un autre côté, le pronostic grave que l'on se fait de cette maladie en conclusion des observations rapportées et presque toutes observées à une période avancée.

Pronostic

Le pronostic de l'anorexie mentale est grave et doit être réservé. Il est grave parce qu'il faut plusieurs circonstances pour tirer la malade d'affaire et parce qu'il faut agir assez énergiquement contre elle, mais assez prudemment ; il doit être réservé à cause de la tuberculose qui guette ces malades.

Pourtant quand on reconnaît l'anorexie au début, le pronostic doit être porté bénin : ce n'est qu'à la période du refus de l'alimentation et de l'inanition qu'il devient plus sérieux.

Le pronostic est plus grave et doit être davantage réservé si l'anorexie est compliquée.

Nous ne connaissons aucun signe qui puisse nous permettre de reconnaître une malade qui doit guérir de celle qui relève encore de la thérapeutique. Chez les malades qui commencent à toucher aux aliments, l'apparition des règles et l'augmentation de poids sont d'un bon pronostic.

Il est à présumer que, quand l'amaigrissement a dépassé la moitié du poids du corps, il faille se prononcer en faveur d'un pronostic fatal.

Une mort prochaine s'annonce par une haleine fétide, une tachycardie, une dyspnée, par un grand abaissement thermique, l'haleine froide, et par l'état semi-comateux des malades.

Dans les 38 observations que nous avons pu rapporter, nous trouvons une mortalité de 5 : ce qui donne la proportion de 13,16 pour cent.

Lasègue fait, de l'anorexie mentale un pronostic non grave :

« Si fondées que soient les inquiétudes, dit-il, je n'ai pas encore vu l'anorexie se terminer par la mort, quoique malgré cette assurance expérimentale, j'ai passé par des perplexités répétées. »

Sir W. Gull observa une « anorexia nervosa » terminée par la mort à la suite d'une phlébite.

Charcot a observé 4 cas terminés par la mort.

OBSERVATIONS PUBLIÉES :

AUTEUR	NOMBRE de CAS d'anorexie mentale	Age des Malades	TERMINAISON	
			guérison	mort
WEILL	4	2 ½-15	4	
LASÈGUE ..	8	18-32		
GULL	1		8	
DOWSE	1	14	1	1 phlébite
CHARCOT ..	2	15	2	
ROSENTHAL	4		3	
KISSEL	1	11	1	1
COLLINS ...	1	7 ½	1	
BOJVERET .	7		6	1
STÉPHEN ..	1	16		1
MARSHALL	1	12		1 tuberculose
COMBY.....	4	17-16-13-13 ½	4	
BÉZY	1	10	1	
FORCHHEIMER	2	7-12	2	
	38	2 ½-32	33	5

Rosenthal eut à observer un cas mortel sur les 4 qu'il eut à soigner.

Le cas de Marshall était aussi mortel ; il en est de même de celui du Dr Stephens.

Sur huit cas d'anorexie mentale, M. Bouveret eut un cas fatal.

En faisant un tableau de toutes les observations publiées jusqu'ici, on trouve une mortalité de 5 sur 38. La proportion est donc de 13,15 pour cent.

Mais il est facile de croire que ce chiffre est exagéré, car on ne rapporte pas les observations de moyenne intensité, elles passent le plus souvent méconnues.

Diagnostic

Le diagnostic de l'anorexie mentale doit être fondé :

- 1° Sur l'aspect extérieur de la malade
- 2° Sur l'absence de toute lésion viscérale
- 3° Sur l'anorexie
- 4° Sur la suspension des menstrues
- 5° Sur la forme spéciale du délire.

1° *Aspect de la malade.* — Toujours jeune, elle se présente amaigrie, avec les yeux excavés, cernés et les mains froides et violettes jusqu'aux bouts des ongles.

2° *Absence de toute lésion organique.* — L'examen minutieux de tous les organes ne dénote rien de spécial. — On élimine la tuberculose, la chlorose, le diabète maigre.

3° *L'anorexie.* — Toutes les anorexies d'origine : infectieuse, gastrique, intestinale ou toxique, sont éliminées.

Éliminer aussi l'anorexie simulée des hystériques. La malade ne mange pas en cachette. Il faut reconnaître aussi qu'elle n'a pas un appétit capricieux.

Il faut éliminer aussi cette anorexie secondaire à rechutes qui se voit chez des hystériques âgées ; l'anorexie qui dénote la misère, l'anorexie sociale du professeur Déjerine, les sujets manquant littéralement de pain ou presque, finissant par réduire assez leur alimentation.

Éliminer encore l'anorexie des obsédés psychasthéniques. Ces malades refusent l'aliment parce qu'elles ont peur de manger la chair des animaux, de se dilater l'estomac, ou d'étouffer, peur de grandir ou d'engraisser. Ces sujets apathiques, ce qu'ils présentent au juste c'est un refus à l'alimentation non pas une perte d'appétit.

Nous ne parlons pas de l'anorexie secondaire des aliénés, des mélancoliques, des maniaques, des neurasthéniques.

Nous sommes en face d'une malade qui a une anorexie ne relevant nullement de toutes ces causes ; elle est d'origine cérébrale et relève de la perte de ce sens d'appétit lui-même.

La malade restreint son alimentation non pas comme chez les hypocondriaques qui restreignent leur alimentation sous l'effet d'une obsession. Si l'anorexique raisonne son refus de toucher aux aliments, c'est pour satisfaire son entourage ; mais au fond d'elle-même, elle n'éprouve nullement le besoin de manger ; elle n'a pas faim, et ne sait pas pourquoi elle n'a pas faim. Les malades, à l'encontre de toutes les autres atteintes

d'anorexie, mais d'une autre forme, ne sont pas en quête de trouver quoique ce soit qui leur donne un peu plus d'appétit. Une anorexique ordinaire cherche un excitant, un apéritif ou change son régime, ici les malades apportent à leur traitement plus d'insouciance que de zèle (Lasègue).

A part l'anorexie, on ne trouve aucun autre symptôme gastrique ; et tout le contraire des dyspeptiques elles ne boivent pas, ne sont pas toujours altérées, et n'ont pas la migraine des auto-intoxiquées.

4° *L'anorexie mentale* succède presque toujours à la suspension des règles. Si elle survient chez des jeunes filles non encore pubères, celles-ci ne voient leur règle survenir qu'après la guérison.

5° *Forme du délire des anorexiques mentales.* — C'est le professeur Weill qui a attiré l'attention sur ce point. Les anorexiques mentales ont ceci de particulier qu'elles ne sont pas inquiètes de leur état ; elles observent leur maigreur, sans s'effrayer outre mesure ; elles ne sont plus coquettes ; se croient laides à faire peur ; ont même honte de leur corps et se croient indignes de vivre. Il se peut qu'elles aient le secret désir de se voir s'éteindre doucement.

Traitement

La thérapeutique dans l'anorexie mentale est celle qui donne les plus beaux résultats. Une malade, un spectre qui a touché la tombe de près est ramené à la vie, s'y attache et reprend de l'embonpoint ; on assiste ainsi à une véritable résurrection.

L'histoire de cette thérapeutique est fertile en bonnes leçons.

Au début on se contentait d'expecter : « Dans un cas où je succédais à un de nos maîtres, dit Lasègue, la malade avait reçu des soins assidus pendant dix-huit mois, et avec une nonchalance mêlée d'une pointe de causticité, elle répétait la conversation invariable qui se renouvelait deux fois par jour entre elle et son médecin :

— Mon enfant, vous êtes-vous décidée à manger ?

-- Docteur, j'ai fait ce que j'ai pu et je n'ai pas réussi.

— Encore quelques efforts, et tout ira bien. »

Ou bien, ignorant la cause de la maladie, on faisait de la thérapeutique symptomatique en vue de combattre l'anorexie ; ou croyant à une dyspepsie on ordonnait facilement des apéritifs et des régimes.

Vint ensuite le tour de Lasègue. Il procédait différemment suivant la période de la maladie. A la période initiale, « la seule conduite sage, dit-il, est d'observer, de se taire, et de se rappeler que quand l'inanition volontaire date de plusieurs semaines, elle est devenue un état pathologique à longue échéance. »

Il subordonne son intervention à la sensibilité de la malade : « La jeune fille commence à s'inquiéter de l'appareil attristé qui l'entoure, et, pour la première fois, son indifférence satisfaite, se déconcerte : le moment est venu où le médecin va reprendre son autorité s'il avait eu soin de la ménager en prévision de l'avenir ; le traitement n'est plus accepté avec une condescendance passive, il est accueilli avec une appétence que la malade cherche encore à dissimuler. »

Sir W. Gull se contentait de réchauffer la malade et de lui faire servir des aliments nutritifs et reconstituants.

Dr Greenhow est le premier à reconnaître les bienfaits de l'isolement, plus tard mis en honneur par Charcot, et mis en pratique depuis.

C'est aussi Charcot qui le premier opposa le traitement psychothérapique à cette maladie d'origine mentale.

Actuellement on a renoncé à tous les apéritifs ; on ne se sert plus d'amers pour lutter contre cette perte d'appétit d'origine mentale, encore moins des régimes des dyspeptiques.

Le gavage qui fut quelquefois pratiqué n'est pas non plus à recommander, car si dans ces cas on fait gagner du poids à la malade elle n'est pas pour cela guérie et elle persiste à refuser de s'alimenter seule.

Isolement, psychothérapie, une bonne alimentation, voilà le fond du traitement de l'anorexie mentale, à n'importe quelle période de son évolution.

Isolement. — Il faut autant que possible enlever la

malade du milieu de l'auditoire sympathique dans lequel elle vit.

Une fois internée, la malade sent sa résistance vaincue. Le repos au lit m'a semblé un des agents les plus efficaces de la cure (Comby). Le professeur Weill a pratiqué cet isolement à l'hôpital (voir observations I, II, III et IV.)

Psychothérapie. — Il faut que le médecin acquière toute la confiance de la malade. Il apprendra ainsi des secrets, son délire, dont l'entourage de la malade ne se serait jamais douté et qui lui servira autant pour le diagnostic que pour le traitement. Avec cette confiance, le praticien a l'arme de persuasion.

« Ce n'est pas avec une affirmation brutale, dit le Professeur Déjerine, que l'on arrive à guérir un faux psychopathe ou un faux cardiopathe. Il y a là toute une œuvre de pédagogie mentale, parfois longue et difficile à effectuer. »

Janet, dans un cas d'anorexie mentale eut recours à un moyen radical, « sauvage », dit-il, qu'il ne conseille d'ailleurs pas.

La malade, quand, on lui offrit à manger, refusa nettement les aliments, déclarant qu'elle savait ce qu'il lui fallait, et qu'elle le savait mieux que le médecin. Janet lui répond alors qu'on la forcerait à manger au moyen de la sonde. Elle veut bien s'y soumettre, mais elle saura ne pas garder les aliments; en effet, après qu'on lui eût fait ingérer quelque nourriture, elle se détourna et vomit le tout sur son oreiller. Janet, gravement, lui dit alors que le règle-

ment de la maison voulait que si les malades vomissaient, on continuerait tout de même à les nourrir jusqu'à ce qu'elles gardassent les aliments.

La malade, effrayée, s'est bien alimentée depuis.

Le fond du traitement d'une anorexique mentale, le traitement rationnel et durable est d'arriver à lui faire vouloir manger. Et pour ce, il faut ajouter à la persuasion et à la parole entraînant une douce contrainte morale. « La meilleure, dit Dubois, est de faire comprendre aux malades, avec l'appui moral des parents, qu'on ne les laisse retourner à la maison que guéries.

« Une jeune fille est atteinte de cette forme toute mentale d'anorexie. Au bout de quelques jours, la sœur qui la soigne se plaint de n'arriver à rien ; la jeune fille ne mange que si l'on insiste pour chaque bouchée. — Ne vous agitez pas, ma sœur, dis-je devant la fillette ; nous avons le temps : si mademoiselle mange bien, elle partira au bout de six semaines ; si elle n'y réussit pas, nous y mettrons huit, dix semaines ; c'est égal. — Le lendemain la jeune fille mangeait. Au bout de quelques semaines elle reconnaissait avec étonnement qu'elle avait été malade : j'étais, disait-elle, dans un drôle d'état et je ne m'en rendais pas compte.

« Cependant, dans certains cas, cette contrainte morale n'est pas acceptée et entraîne la rébellion des malades.

« Une jeune fille de dix-sept ans, devenue par une longue dénutrition un cadavre ambulant du poids de trente kilogrammes, avait fait quelques progrès dans

les six premières semaines, mais comme l'anorexie reparaissait et menaçait de tout compromettre, je crus devoir proposer un supplément de cure d'une quinzaine de jours. La malade, effrayée de cette perspective, sut s'évader et repartir par un train de nuit pour son pays. Mais cette brusque rupture ne m'empêcha pas d'arriver à mes fins. Par un télégramme j'avertis les parents et leur enjoignis, avant tout, de ne pas faire de reproches à la malade. J'écrivis à la jeune fille en lui montrant les émotions qu'elle avait causées par sa fuite, puis, laissant de côté toutes récriminations, je lui conseillai de reprendre à la maison le traitement de suralimentation. Comme on dit : le roi est mort, vive le roi ! je dis : le traitement n'a pas réussi, recommençons le dans d'autres conditions. La malade, devenue docile, obéit. Au bout de quelques mois, elle m'annonça sa complète guérison et son retour à un poids de cinquante-deux kilogrammes. Elle est restée depuis lors en bonne santé.

« . . . Chez des malades plus âgés, plus intelligents, on peut suivre les représentations mentales qui amènent la cessation des symptômes. Le cas suivant montre le stoïcisme auquel peuvent arriver ces malades, quand elles ont compris la nature de leur mal.

« Un père vient me conter l'histoire de sa fille, qui depuis trois ans souffre de troubles gastriques et de vomissements incoercibles. L'état de dénutrition est tel qu'elle pèse actuellement, à vingt-quatre ans, vingt-un kilogaammes, alors qu'elle arrivait à quarante-neuf kilogrammes à l'âge de seize ans.

« Sans voir la malade, mais mis au courant de toutes les circonstances morales qui ont amené cet état, je n'hésite pas à conseiller une cure de repos et de suralimentation.

« Le père serait tout disposé à l'accepter, mais il y a, dit-il, un obstacle insurmontable : la jeune fille, très volontaire, se refuse absolument à une cure de ce genre.

« J'écris alors à la malade. Me fondant sur les renseignements très précis que le père m'avait donnés, je lui détaille sa propre histoire. Sans mentir, sans exagérer, mais avec un vif désir de capter sa confiance par la louange, je fais ressortir ses hautes qualités morales, l'altruisme dont elle a toujours fait preuve, l'énergie au travail qu'elle a toujours montrée. Analysant les états d'âme successifs qu'ont amené les circonstances familiales, je lui montre la genèse de son mal. Enfin, décrivant l'état actuel, je la mets en présence de ce dilemme : ou bien vous continuerez sur ce pied et alors je ne vois pas d'autre issue que la mort, car vous êtes à la veille de la banqueroute physiologique ; ou bien vous vous mettez bravement à une suralimentation dans un repos complet et ces deux mesures, diminution des dépenses, augmentation des recettes, amèneront, je l'espère, votre guérison.

« Cette lettre eût une influence décisive. Elle, qui n'avait pas même voulu voir un médecin, vint aussitôt et quand, de vive voix, je voulus lui répéter ces encouragements, elle me dit tranquillement : C'est inutile, Docteur, j'ai compris. Je resterai au lit, dans

l'isolement dont je comprends la nécessité. Je ne vomirai plus et je mangerai tout ce que vous me donnerez !

« La vaillante jeune fille se mit à l'œuvre et n'eût pas un vomissement.

« On pourrait croire que l'amélioration n'était due qu'aux mesures physiques, au repos au lit, à l'alimentation purement lactée des premiers jours. Mais la malade venait d'essayer ce traitement dans une autre clinique. Elle avait gardé le lit plusieurs semaines, n'avait bu que du lait à petites doses, et pourtant elle n'avait pas cessé de vomir. C'est qu'elle n'avait pas compris ; le médecin n'avait pas réussi à établir chez sa malade la conviction de guérison, n'avait pas su lui montrer clairement les moyens de l'obtenir.

« Malheureusement, dans ce cas, cette docilité intelligente ne devait pas être récompensée. Une phtisie galopante se déclara. Je rompis immédiatement l'isolement pour permettre aux parents de soigner leur fille et d'assister à ses derniers moments. Si la malade m'avait prié de renoncer à la suralimentation qu'elle s'imposait, j'aurais accédé à son désir. Mais elle était lancée et persista dans la direction donnée, malgré la fièvre qui oscillait entre 39° et 40°, malgré la dyspnée de 60 respirations, qui lui laissait à peine le temps d'avaler, elle prit ses trois repas copieux et du lait entre deux, et je vis ce phénomène étrange d'une malade se mourant de phtisie galopante, qui réussissait chaque semaine (bien entendu en l'absence de tout phénomène d'hydropisie) à faire une augmentation de poids de 590 grammes. Le drame

se termina en cinq semaines par pneumothorax subit. »

Ces pages merveilleuses, nous n'avons pas pu résister au désir de les reproduire in extenso, car elles montrent mieux que n'importe quelle description le rôle bienfaisant de cette psychothérapie et son effet curatif.

« N'hésitez pas à agiter devant les yeux de la malade, dit encore Dubois, le spectre de la tuberculose qui guette tous les malades en état de misère physiologique. Vous la ramèneriez ainsi sans peine à une alimentation normale. »

Il faut mettre à la tête de la malade l'« idée fixe » qu'« il faut qu'elle mange ». J'essaierai, répondrait-elle.

« — Essayer ce n'est rien. Le mot essayer renferme une idée de doute sur le résultat et le doute diminue toujours notre élan ; dites : je le ferai. » Dubois.

Le troisième facteur qu'il faut porter au traitement d'une anorexique mentale est une bonne alimentation. Dubois commence d'abord par un régime lacté durant 6 jours au plus ; il pratique ensuite la suralimentation.

Pour Comby :

« On donne d'abord des liquides, du lait, des potages légers, puis des œufs, des purées, des pâtes, enfin du poisson, des viandes rôties ou grillées. L'augmentation de poids se fait à vue d'œil, et on pourrait s'en tenir là. Mais je reconnais que les frictions sèches au gant de crin, les frictions, alcoolisées, les douches chaudes, peuvent avoir une certaine efficacité. Je crois inutile le recours aux ferrugineux et arsenicaux. Mais la cure d'air

est à recommander comme adjuvant de l'isolement et de la psychothérapie. »

Mais en vérité tous les régimes sont bons, pourvu que la malade se nourrisse, et qu'elle gagne du poids.

En général on a un résultat satisfaisant au bout de six semaines à deux mois.

Cette guérison est accompagnée de modifications sanguines étudiées tout d'abord par Nobécourt, ensuite par Aynard.

« Aynard, à l'entrée d'une malade, dans le service de l'une de nous, lui trouve 5.000.000 de globules rouges et un taux normal d'hémoglobine. Mais cette formule hématologique n'est normale qu'en apparence, en rapport qu'elle est en concentration avec les humeurs. La malade mise d'emblée au régime lacté à haute dose, n'avait plus, trois jours après son entrée que, 2.800.000 globules rouges et 60 pour 100 d'hémoglobine. La même malade qui à son entrée présentait un certain degré de leucohémie, avait un peu plus tard 12 à 15.000 globules blancs et plus tardivement encore au moment où les règles réapparaissaient, faisait une poussée d'éosinophilie.. » Psychonévrose, Déjérine et Gauckler.

L'anorexie mentale est susceptible de rechutes (Weill) témoin les cas observation 1 et ceux de Quain et de Greenhow.

Dans un cas du Professeur Weill, le sujet resta infantile à la suite de son anorexie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance du Professeur WEILL).

Y. F., âgée de 13 ans et demi entre à l'hôpital le 10 avril 1905, salle Saint-Ferdinand, lit N° 12.

Antécédent héréditaire : Le père est mort urémique à 38 ans ; il avait de l'albumine depuis une diphtérie prise trois ans auparavant.

Son père et lui étaient goutteux.

La mère est assez bien portante actuellement ; très impressionnable ; prenait quelquefois, étant jeune fille, des syncopes surtout à jeun avec des bourdonnements d'oreilles, des sueurs, mais ne perdait pas connaissance entièrement. Il y a une sixaine d'années à la suite d'une contrariété eut une syncope, mais sans crise de nerfs proprement dite.

Pas de fausses couches ; trois enfants vivants.

Antécédents personnels : La plus jeune eut à 6

mois des convulsions, cinq crises dans la même journée au moment de la dentition, à la suite d'une indigestion.

En 1902, 1903, 1904, elle eut une légère chorée qui n'a pas reparue cette année.

Née à terme, nourrie au sein par une nourrice à domicile, sevrée à 11 mois.

Premières dents à 7 mois ; a marché à 9 mois et demi.

En mars 1894 on la trouva un matin avec du strabisme interne ; on ne s'aperçut de rien autre ; ni convulsions, ni fièvre à ce moment ; elle en fut opérée à Lausanne (Dufour) en 1900.

Coqueluche à 4 ans ; rougeole à 6 ans ; oreillons à 8 ans à la suite desquels elle eut de l'albuminurie qui persista très peu de temps.

L'enfant a toujours été volontaire et capricieuse mais n'a jamais eu de crises de nerfs. Au mois d'octobre 1904 elle se mit à refuser de manger ou du moins à manger très peu, disant qu'elle n'avait pas faim, et qu'elle avait mal à l'estomac. Aucune cause provocatrice. Jamais de vomissements. Cet état persista et peu à peu l'enfant maigrit un peu. C'est surtout depuis la fin mars qu'elle refuse presque totalement de manger : elle prend un chocolat le matin ; un œuf à midi ; un peu de pain et de chocolat à 4 heures et un peu de soupe le soir. Sa mère estime sa ration totale au quart de l'ordinaire.

Depuis ces 15 jours où la maladie s'est accentuée, elle n'est que peu affaiblie. Elle a pu marcher longtemps à Lyon hier (Pare, Fourvières). Elle est sujette

aux engelures et a pendant l'hiver les mains un peu violacées, mais cet état s'est beaucoup accentué et elle se réchauffe difficilement

Pas de modification du caractère, sauf quand elle est à table où elle devient sombre. Elle a un peu négligé ses occupations habituelles.

Un voyage essayé comme moyen de distraction ne donna aucun résultat.

Réglée trois fois l'année dernière; deux fois en janvier 1905, mais pas depuis.

Depuis 24 heures que l'enfant est dans le service, elle a mangé une brioche et absorbé plus d'un litre de lait et de café.

Actuellement on constate un amaigrissement assez considérable; les côtes sont saillantes, le ventre est déprimé. L'enfant répond bien aux questions, ne paraît pas avoir d'état mental anormal.

Elle présentait hier au moment de l'entrée des troubles circulatoires accentués du côté des mains: ces dernières étaient violettes, refroidies. ce matin ces troubles ont disparu; les doigts sont seulement un peu cyaniques et on y constate des engelures; aux pieds également traces d'engelures.

Système nerveux: Diminution de la sensibilité sur le côté droit du corps; abolition des réflexes conjonctival et pharyngien. Réflexes tendineux brusques. Pas de Babinski.

Aux organes:

Rien aux poumons.

Cœur ralenti battant de 58 à 60 avec un rythme qui s'accélère un peu par périodes de 10 ou 15 pulsations.

Pouls bon, bien frappé.

Rien à l'auscultation.

L'enfant se plaint de souffrir de l'estomac un moment après avoir mangé.

A l'examen clapotage et succussion facilement obtenus peu de temps après l'ingestion de liquide.

Langue bonne.

Constipation habituelle.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Pèse actuellement 36 kilos au lieu de 44 kilos constatés en octobre.

16 avril. — L'enfant a eu ce matin une migraine avec céphalée, envie de vomir. Elle a pu manger à 11 heures.

20 avril. — Dès l'entrée l'enfant s'est mise à manger en insistant un peu toutefois. Actuellement elle mange de tout et en quantité normale pour une enfant de son âge.

Elle a pris du poids immédiatement, plus d'un kilo, pendant la première semaine. Les troubles circulatoires ont entièrement disparu.

ALIMENTATION DE LA MALADE PENDANT SON SÉJOUR DANS LE SERVICE

Dates Avril	MATIN			SOIR		
	6 h. 3/4	9 heures	11 heures	2 h. 1/2	5 heures	8 heures
10		café noir 1 tasse.	lait 200 gr.	lait 200 gr.	potage, et brioche.	lait 100 gr.
11	Cacao au lait 400 g., 170 g. de pain.	lait 150 gr.	potage poulet, pain 150 gr.	lait 200 g. biscuit.	potage, poulet, pain 100 gr.	"
12	"	lait 200 gr.	potage, saucisson, fromage, pain 180 gr.	lait 200 gr 2 tartelettes.	potage, petit pain, purée pommes de terre, gâteau au chocolat.	"
13	"	"	potage poulet, purée pommes de terre, pain 0,05	lait, petit pâté froid, meringue.	potage, saucisson, pomme de terre, petit pain 0,05	
14	"	"	potage, saucisson, purée, 3 pommes cuites, pain 0,05.	petit pâté froid, pain 0,05, friandises.	potage, côtelette de mouton, macaroni, pain de 0,05.	
15	"	"	potage, bifteck de veau, pommes de terre au jus, pain 0,05.	potage, gâteau.	potage, saucisson, petit bifteck de veau, pomme de terre, pain 0,05.	
16	migraine (limonade à la glace).	migraine (limonade à la glace).	potage, purée pommes de terre, poulet, pain 0,05, petit gâteau.	potage, pâtisserie.	potage, bifteck de veau, pomme de terre, pain de 0,05, pâtisserie.	
17	lait 200 g., chocolat au lait 40 g., petit pain.	lait 200 gr.	potage, bifteck de veau, purée pommes de terre, pain 0,05, gâteau.	pâté froid, petit pain, gâteau.	potage, rôti de veau, macaroni, pâtisserie.	
18	"	"	potage, bifteck de veau, saucisson, purée, gâteau, pain 0,05.	sandwich, gâteau.	potage, pomme de terre, rôti de veau, gâteau.	
19	"	"	potage, rôti, purée, gâteau, pain 0,05.	petit pâté froid, gâteau, pain 0,05.	potage, roti, pomme de terre, pâtisserie, pain 0,05.	
20	"	"	potage, roti, pomme de terre au jus, pain 0,05.	sandwich, gâteau.	potage, saucisson, rôti, riz au lait, gâteau.	

Dates Avril	MATIN			SOIR		
	6 h. 3/4	9 heures	11 heures	2 h. 1 2	5 heures	8 heures
21	lait 200 g., chocolat au lait 40 g., petit pain.	lait 200 gr.	potage, morue, purée de pois, pain 0,05.	chocolat, pain 0,05, gâteau.	potage, pomme de terre, gâteau, pain 0,05	
22	"	"	potage, rôti, pomme de terre, salade, pain 0,05.	sandwich, gâteau.	potage, rôti, pomme de terre, gâteau.	
23	"	"	potage, œuf, épinard, crème, pain 0,05	pâté froid, gâteau.	potage, rôti, pomme de terre, saucisson, gâteau, pain 0,05.	
24	"	"	potage, bifteck de veau, purée pommes de terre, gâteau.	"	potage, rôti, macaroni, gâteau.	

Poids et urine de la malade pendant son séjour

Date	Poids	Urines émises dans les 24 heures
11	36 ^k 800	1 100
12	.....	0 900
13	.....	1 000
14	37 ^k 250	1 000
15	.....	1 000
16	.....	1 50
17	.....	1 20
18	37 ^k 900	1 00
19	.....	1 60
20	.....	1 30
21	.....	1 30
22	38 ^k	1 40
23	.....	1 00
24	.....	1 35
25	38 ^k 650	1 50

ALIMENTATION DU 2^e SÉJOUR

Date	MATIN				SOIR		
	4 heures	6 h. 3/4	9 heures	11 heures	2 h. 1/2	5 heures	8 heures
8					200 cmq. lait	Potage	lait 200 g.
9	Cacao au lait 400 g.	Café au lait 1 bol, pain	200 gr. lait	Potage, rôti de veau, purée de pommes de terre, pain.	Potage au lait 1 tartelette.	Potage, sandwich, pommes de terre en gratin, macaroni, pain.	
10	"	"	"	Potage, rôti de bœuf, petits pois, pain 5 g.	Potage, biscuit	Potage, rôti de veau, pommes de terre en gratin, cerises, pain 0.05.	
11	lait 450 g.	"	"	Potage, bifteck de veau, purée de pommes de terre, pain.	Potage	Potage, rôti de veau, pommes de terre fricassées, pain 0.05.	
12	"	"	"	Potage, bouilli de bœuf, œuf à la coque, pain.	Potage	Potage, rôti de bœuf, riz au lait, pommes de terre en gratin, pain.	
13	"	"	"	Potage, rôti de bœuf, œuf au beurre, purée de pommes de terre, pain.	Pain, chocolat	Potage, rôti de veau, pommes de terre en gratin, riz au jus, pain 0.05.	
14	"	"	"	Potage, rôti, purée, flan, pain.	Potage	Potage, rôti de veau, pommes de terre 1 biscuit, pain 0.05.	
15	"	Cacao 400	"	Potage, rôti de bœuf, épinard purée, pain.	Saucisson, pain	Potage, rôti de veau, gratin de pommes de terre, macaroni, pain 0.05.	
16	"	"	"	Potage, rôti, purée, pain.	"	Potage, rôti, riz au lait, pommes de terre au gratin, pain 0.05.	
17	"	"	"	"	"	Potage, rôti, pommes de terre farcie, 1 orange, pain.	
18	"	"	"	"	"	"	

Pendant ce temps la température de la malade oscillait entre 36° 7/10 et 37° 4/10.

8 mai 1905. — L'enfant est sortie il y a 14 jours, elle pesait alors 38^k650. Elle rentre parce qu'elle ne mangeait presque plus; elle pèse à l'entrée 37^k450. On a réussi à la faire manger un peu dès son entrée en insistant; depuis elle a mangé toute seule.

Alimentation du second séjour, voir tableau page 59.

Poids de la malade

Date	Poids
8.....	37 ^k 450
13.....	37 850
18.....	38 750
22.....	39 300
25.....	39 600
29.....	39 800

La malade sort de l'hôpital le 30 mai 1905.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Weill)

F. B., âgée de 12 ans, rentre à la Charité le 5 juillet 1905, salle Saint-Ferdinand, lit n° 13.

Parents bien portants.

Pas de fausses couches.

Trois enfants dont deux bien portants.

La malade est l'aînée, née à terme, nourrie au sein par sa mère jusqu'à un an. Premières dents à 7 mois. Elle a marché à 14 mois.

Aucune maladie de l'enfance. Pas de convulsions. L'enfant avait un caractère un peu boudeur, supportant mal les observations.

Depuis trois semaines sans que les parents en sachent la cause, elle ne voulut boire que de l'eau sucrée et refusa toute nourriture. Elle ne voulut pas prendre les remèdes que le médecin avait ordonnés.

Lorsqu'on cherche à interroger l'enfant elle dit seulement qu'elle n'avait pas faim, mais elle prétend qu'elle ne souffrait pas. Elle paraît assez renfermée et parle peu.

Depuis qu'elle est dans le service, elle a bu, depuis hier soir 5 heures, 800 centilitres de lait et ce matin une soupe, et cela sans difficulté. Lorsqu'on l'interroge elle dit que cela ne lui a pas fait mal.

L'enfant est grande mais non encore formée ; elle paraît très amaigrie

Rien aux poumons.

Rien au cœur.

Abdomen non douloureux.

Foie ne débordant pas.

Rate : matité peu nette.

On sent le côlon ascendant et surtout l'anse sigmoïde sous forme d'une corde.

La pression n'est pas douloureuse en aucun point sauf la pression profonde au niveau de la zone ovarienne qui provoque une réaction assez vive.

Pas d'anesthésie ni d'hypoesthésie cutanée.

Pas de papillotement des paupières.

Anesthésie conjonctivale complète.

Hypoesthésie pharyngée.

Reflexes rotuliens normaux — Pas de trépidations plantaires. — Pas de Babinski.

L'enfant se prête à l'examen mais elle paraît absorbée ; elle répond aux questions par oui ou non. Pouls petit.

Cœur. — Bien que l'enfant soit maigre, on ne sent pas les battements. — Les bruits sont très faibles.

Pas d'albuminurie ni sucre dans les urines.

9 Juillet. — Les parents reviennent chercher l'enfant. — Elle mangeait bien. — Elle a repris 2 kilogs en 4 jours ; elle s'amusait avec les autres, mais désirait vivement retourner chez elle.

Du 5 au 9 sa température a oscillé entre 36° 3/10 et 37° 2/10.

Son poids de 25 kilogs 750 gr. à l'entrée (5 Juillet) était de 27 kilogs. 100 gr. le 8 et de 27 kilogs 750 le 9 Juillet 1905.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance du Professeur WEILL.)

H. D. amenée dans son cabinet et présentée comme dyspeptique, le Professeur WEILL pose le diagnostic d'anorexie mentale et l'envoie faire un séjour à l'hôpital.

H. D. âgée de 15 ans et demie, entre à l'hôpital le 4 avril 1910, à la salle Saint-Ferdinand, lit N° 20.

Le père est bien portant, employé de commerce à 6 francs par jour ; mère bien portante, tient un magasin de chaussures et gagne 3 francs par jour. N'a pas eu de fausses couches. Une seule grossesse à terme.

L'enfant a été nourrie au sein par une nourrice jusqu'à 14 mois. Rougeole et varicelle à 5 ans. Bonne santé jusqu'en août dernier. Depuis cette époque, douleurs d'estomac ; perte quasi absolue de l'appétit — amaigrissement de sept kilos — jamais de vomissements. Réglée à 13 ans régulièrement jusqu'en août dernier. Depuis lors cessation complète du flux menstruel. Constipée habituellement la malade est sujette de temps en temps à des crises de diarrhée fétide ; en temps ordinaire, les matières sont dures, noirâtres, fragmentées.

A l'entrée, ce qui frappe au premier abord, c'est l'état de maigreur extrême de la petite malade ; pommettes saillantes. Interrogée, elle n'accuse aucun malaise précis ; elle resterait seulement indéfiniment sans manger n'ayant aucune sensation de faim. On arrive en outre à lui faire avouer qu'elle éprouve souvent le désir de la mort. Elle se croit très laide, à faire peur. Son état habituel est la tristesce.

Rien au cœur.

Le pouls est un peu ralenti, à 66.

Rien aux poumons.

L'abdomen et le creux épigastrique sont plats, excavés même. La palpation n'y décèle rien de particulier.

Pas d'hypertrophie du foie ni de la rate.

La palpation du creux épigastrique est douloureuse sur la ligne médiane et un peu à droite, mais cette douleur n'a pas d'irradiations dorsales.

8 avril. — Analyse d'urine.

Volume des 24 heures: 450 centimètres cubes.

Réaction acide très faible. Pas de sucre. Traces presque insensibles d'albumines. Pas de globules blancs.

Azote total.....	8 gr.	29	par litre
Azote urique.....	6 »	89	»
Urée.....	14 »	8	»
Acide phosphorique	0 »	84	»
Chlorure de sodium	4 »	6	»

Coefficient d'oxydation azotée, rapport azotique :
83,1

Examen du sang. Globules rouges.....	4.650.000
Globules blancs.....	11.100

18 avril. — A peine entrée dans le service, la malade s'est mise à manger très abondamment. Du 4 au 18 elle a pris 3 kilos 200 gr. Les premiers temps elle souffrait un peu de l'estomac après avoir mangé, mais depuis quelques jours toute douleur a disparu. Elle a repris des couleurs, n'a plus de sensation de froid, se trouve très bien, n'a plus aucune idée mélancolique aucun délire d'indignité.

Examen du sang: Globules rouges.....	4.650.000
Globules blancs.....	8.000
Hémoglobine (Sahli).....	75 %
Valeur globulaire.....	0,80

19 avril. — Analyse des urines. Volume 1 litre 100, densité 1,021.

	Par litre	Valeur totale
Urée.....	11 gr. 4.....	12,5
Phosphates	4 » 7.....	4,80

	Par litre	Valeur totale
Chlorure...	13 » 50.....	14,80
Albumine..	0 »	0
Glucose ...	0 »	0

Pendant tout son séjour à l'hôpital, qui a duré 14 jours, la malade présentait une température qui oscillait entre 36° 9/10 et 37° 7/10. Son poids augmente de 3 kilos 200 gr.

A l'entrée, 4 avril, elle pesait	35 kilos
Le 9 elle pesait	36 » 850
Le 10 »	37 » 300
Le 14 »	37 » 500
Le 15 »	38 » 200
Le 16 »	38 » 200
Le 17 »	38 » 200
Le 18 »	38 » 200

Elle sort de l'hôpital le 19 avril.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance du Professeur WEILL)

A. W. âgée de deux ans et demie, rentre à la Charité le 4 Juin 1910, salle Saint-Ferdinand, lit n° 39. Ses parents l'amènent parce qu'elle ne mange pas.

Rien dans les antécédents héréditaires. — Pas de fausse-couche.

Rien dans les antécédents personnels.

Sitôt que la petite malade a été dans le service, elle a commencé à manger, et à gagner du poids.

Alimentation de la malade durant son séjour dans le service.

4 Juin (poids 10 k. 500). — 7 heures matin, café au lait 100 gr. avec pain.

9 heures matin, une tasse de lait frais.

11 heures, demi œuf, tranche de rôti de veau, demi tasse de vin d'Espagne coupé.

2 heures soir, une tasse de thé au lait.

4 h. et demie, potage au lait, bifteck, pruneaux.

6 heures, tasse de lait.

11 heures, une tasse de lait.

5 Juin (poids 10 k. 400). — 7 heures matin, Potage de vermicelle.

9 heures, tasse de café au lait.

11 heures, café au lait avec pain, tranche de veau, vin d'Espagne.

2 heures soir, une tasse de lait frais.

4 h. et demie, bifteck-fromage.

6 heures, thé au lait.

6 Juin (poids 10 k. 450). — 7 heures matin, café au lait avec pain.

9 heures, une tasse de lait frais.

11 heures, potage au lait, rôti de veau, pruneaux, vin d'Espagne.

2 heures soir, une tasse de thé au lait.

4 h. et demie, purée de pommes de terre, 6 cerises avec pain, vin coupé.

6 heures soir, une tasse de lait.

7 Juin (poids 10 k. 700). — 7 heures matin, Soupe de pommes de terre, une tasse de café au lait.

9 heures, une tasse de lait frais avec pain.

11 heures, purée de pommes de terre, demi œuf à la coque.

2 heures soir, une tasse de lait frais.

4 h. et demie, purée de pommes de terre, rôti de veau, 6 cerises avec pain.

6 heures, café au lait.

8 Juin (poids 10 k. 700). — 7 heures matin, demie tasse de café au lait, demi œuf à la coque.

9 heures, une tasse de lait frais.

11 heures, café au lait, purée de pommes de terre, bifteck, 8 cerises avec pain.

2 heures soir, une tasse de thé au lait.

4 h. et demie, potage de vermicelle, purée de pommes de terre, rôti de veau, fromage avec pain, pruneaux.

9 juin (poids 10^k700). — 7 heures matin. Une tasse de lait frais.

9 heures. Une tasse de café au lait.

11 heures. Bouillon de poulet, aile de poulet bouilli, purée de pomme de terre, gelée de groseille.

2 heures soir. Une tasse de lait frais.

4 h. 1/2. Purée de pommes de terre, cuisse de poulet, fromage.

6 heures. Une tasse de lait.

10 juin (poids 10^k800). — 7 heures. Chocolat à la main, une tasse de lait frais.

9 heures matin. Une tasse de bouillon de poulet.

11 heures. Un œuf à la coque, une cuisse de poulet, fromage.

2 heures soir. Une tasse de lait frais.

4 h. 1/2. Purées de pomme de terre, une aile de poulet, gelée de groseilles.

6 heures. Une tasse de lait bouilli.

11 juin (poids 11^k100). — 7 heures matin. Chocolat au lait.

9 heures. Une tasse de lait frais.

11 heures. Purée de pommes de terre, une aile de poulet rôti, gelée de coings, 2 biscuits (langue de chat).

2 heures soir. Chocolat à la main, une tasse de lait frais.

4 h. 1/2. Rôti de veau, purée de pommes de terre, 9 cerises, fromage frais.

6 heures. Une tasse de lait frais.

12 juin (poids 11^k200). — 7 heures matin. 2 tasses de cacao.

9 heures. 2 tasses de lait frais.

11 heures. Bifteck, omelette, purée de pommes de terre, 1 biscuit.

2 heures soir. Une tasse de lait frais.

4 h. 1/2. Purée de pommes de terre, rôti de veau, fraises.

6 heures. Une tasse de lait bouilli.

13 juin (poids 11^k400). — 7 heures matin. Café au lait, chocolat à la main avec pain.

9 heures. Une tasse de lait frais.

11 heures. Tranche de saucisson, purée de pommes de terre, bifteck, cerises.

2 heures soir. 2 tasses de lait frais.

4 h. 1/2. Rôti de veau, purée de pommes de terre, gelée de coings.

6 heures. Une tasse de lait.

14 juin (poids 11^k400). — 7 heures matin. Chocolat à la main, une tasse de lait frais.

9 heures. 2 tasses de café au lait.

11 heures. Aile de poulet rôti, purée de pommes de terre, rôti de veau, gâteau et cerises.

2 heures soir. Un biscuit, une tasse de lait frais.

4 h. 1/2. Purée de pomme de terre, bifteck, gâteau et cerises.

6 heures. Une tasse de lait bouilli.

15 juin (poids 11^k750). — 7 heures matin. Chocolat à la main, une tasse de lait frais.

9 heures. Tasse de café au lait.

11 heures. Cuisse de poulet, purée de pommes de terre, rôti de veau, confiture.

2 heures soir. Chocolat à la main.

4 h. 1/2. Rôti de bœuf, purée de pomme de terre, pruneaux.

6 heures. Une tasse de lait.

16 juin (poids 11^k750). — 7 heures matin, café au lait.

9 heures. Chocolat à la main.

11 heures. Poulet, purée de pommes de terre, flan.

2 heures soir. Chocolat à la main, petites gaufrettes.

4 h. 1/2. Bifteck, purée de pommes de terre, cerises.

6 heures. Boisson à volonté.

17 juin (poids 11^k800). — 7 heures matin. Café au lait, chocolat à la main.

9 heures. Tasse de lait, un biscuit.

11 heures. Demi-œuf à la coque, rôti de veau, pomme de terre, fraises.

2 heures soir. Petits gâteaux et cerises.

4 heures. Rôti de bœuf, purée de pommes de terre, fraises et biscuit.

6 heures soir. Boisson à volonté.

18 juin (poids 11^k800). — 7 heures matin. Café au lait, chocolat à la main.

9 heures. Lait frais.

11 heures. Une cuissè de poulet, pommes de terre purée, cerises et gâteaux.

2 heures soir. Chocolat à la main.

4 h. 1/2. Bifteck, pomme de terre purée, petits pois, fraises.

6 heures. Une tasse de lait bouilli.

19 juin (poids 11^k800). — 7 heures matin. Café au lait, chocolat à la main.

9 heures. Lait frais.

11 heures. Rôti de veau, pommes de terre purée, biscuit et gâteaux.

2 heures soir. Une tasse de lait bouilli.

4 h. 1/2. Une aile de poulet, pomme des terre purée, fromage et cerises.

6 heures. Boisson.

Le 21 juin, la petite malade a présenté une petite poussée de température 38 4/10 en forme de cloche due à une varicelle.

Le 24, son poids avait baissé à 11^k400[■] jour où la température recommence à être normale. Avec le même régime que précédemment, la petite malade a repris de nouveau et a atteint 11^k800 le 12 juillet, jour de sa sortie du service. La malade n'avait pas de l'albumine dans les urines. Les derniers jours de son séjour dans le service, elle mangeait seule.

OBSERVATION V

Anorexia Nervosa (COLLINS, *Lancet*, 1894, p. 202)

La malade est une jeune fille âgée de 7 ans 1/2. Rien dans les antécédents héréditaires. Elle est très amaigrie quand elle se présente; elle avait refusé de manger pendant six semaines. Les parents l'emmènent dans un hôpital d'enfants pensant à une maladie nerveuse. Elle y reste quelques temps; mais elle sort de là sans aucun changement: elle refusait toujours de s'alimenter. En septembre 1893, on l'emmène à l'hôpital de nouveau; c'est alors que le Dr Collins constate qu'elle est très émaciée. Elle avait les réflexes normaux et pesait 2 st 5 lb (25 kilos à peu près). Le haut de la poitrine avait une circonférence de 20 3/4 in; l'abdomen une circonférence de 18 1/2 in.

On ne trouva aucun indice d'une maladie organique. La cuisse gauche était un peu œdématiée.

On a été entraîné à observer son caractère: Elle était égoïste, ne faisant pas attention aux enfants qui l'entouraient, paraissant très absorbée et très triste. Néanmoins elle a causé de maladies semblables à la sienne chez d'autres personnes, maladies avec phénomènes terribles. Comme lecture, elle ne s'intéressait qu'à la bible. Son attitude était très polie; mais elle employait des mots qui étaient loin d'être très corrects.

La petite malade ne se plaignait pas; elle se trouvait même bien dans sa maladie.

Au cours de son séjour à l'hôpital elle eut un abcès à la jambe qui lui causa un peu de fièvre.

Dr Collins lui fit faire des massages, en même temps qu'il lui faisait prendre des repas copieux.

Le 1^{er} novembre elle est arrivée de la sorte à peser 3 st (37 kilos); son état mental en même temps changeait: elle vint à jouer avec les autres enfants, et à s'intéresser aux choses qui l'entouraient.

Elle s'est montrée intelligente, habile; eut beaucoup d'intention à vouloir aider ses autres camarades.

Elle sortit de l'hôpital guérie au bout de neuf semaines.

OBSERVATION VI

(Thèse DÉNIAU, Paris 1883. De l'hystérie gastrique, p. 35)

Service de M. Charcot.

La nommée Hortense A... entre à la Salpêtrière le 24 décembre 1881. Elle est âgée de 15 ans. Sa sœur qui en a 19 est bien portante. Sa tante est atteinte de sclérodémie, et pour ce est hospitalisée à la Salpêtrière.

La malade n'accuse aucune affection antérieure. Vers l'âge de 12 ans, elle a grandi très vite. Son appétit n'a jamais été très développé malgré sa rapide croissance. Le caractère n'a jamais présenté de bizarreries notables. Il y a trois ans, elle était atteinte fréquemment de spasmes musculaires qui la secouaient.

Pendant sa croissance, elle paraît avoir souffert de

douleurs épiphysaires. A cette époque, elle ne maigrissait pas encore. Il y a huit mois que sont apparues les premières menstrues qui ne se sont produites jusqu'ici que deux fois seulement, en juin, puis en juillet. Les dernières règles ont été peu abondantes, et c'est à cette époque que semble remonter le début de la maladie. Alors elle a commencé à maigrir brusquement, bien qu'elle n'ait jamais toussé ni craché de sang. Elle refusait formellement de manger. Aujourd'hui elle mange extrêmement peu, dit qu'elle n'a pas faim, et qu'elle craint surtout que les aliments ne soient pas digérés. Il n'y a pas eu de vomissements.

En 24 heures, elle ne prend qu'un demi litre de liquide, tant en bouillon qu'en lait. La langue est large, un peu blanche, les lèvres sont gercées.

Le corps et la figure sont très amaigris, et cet amaigrissement donne un caractère particulier à son sourire. Alors sa figure se ride transversalement dans la direction des commissures labiales. La peau est sèche et rugueuse, les mains sont froides et violacées.

Le 12 décembre 1882 : Température matinale 36°. Pouls 64, pulsations très faibles.

Depuis quelque temps son caractère s'est modifié, de gaie qu'elle était, elle est devenue triste.

La constipation est très marquée : une garde-robe tous les huit ou dix jours.

On obtient de la mère qu'elle laisse sa fille temporairement dans le service. Une fois admise, l'enfant a un peu pleuré, mais sans toutefois manifester autant d'émotion qu'on l'aurait pu craindre.

Il y a un mois, la malade mangeait encore un peu de

viande et de potage, mais, depuis un mois, elle ne prend plus que des aliments liquides : lait et bouillon.

Elle éprouve de temps en temps des nausées, non suivies de vomissements, et accuse une pesanteur dans la région épigastrique, une sensation de gêne qui augmente quand elle a mangé. Il n'y a jamais de renvois de gaz. Si elle ne mange pas, dit-elle, c'est qu'elle n'a pas faim.

Le 26 décembre, le poids du corps dépouillé de ses vêtements est de 30 kilogrammes.

Le jour même de son entrée, Hortense A... est un peu triste, mais le soir elle cause avec ses compagnes et accepte deux biscuits qu'elle mange avec plaisir.

Le lendemain, à 5 heures du matin, elle a vomi un peu de mucosités claires, analogues à de l'eau, et prétend que, depuis cet incident, la sensation de la faim lui est revenue. Elle a, en effet, mangé ce matin deux petits pains dans du lait avec un peu de chocolat.

Les mains sont toujours violettes. Pouls 80, très faible.

Progressivement l'appétit augmenté, et la malade mange maintenant assez volontiers de la viande et boit un peu de vin. Son aspect s'améliore à vue d'œil.

Le 2 janvier 1882, le poids du corps sans vêtements est de 36 kilogrammes.

Le 12, il est de 37 kilogrammes (vêtements déduits).

La malade s'est remise à manger et se trouve assez améliorée pour rentrer dans sa famille.

Le 21 octobre 1882. — La malade revient à la con-

sultation avec sa mère. Depuis sa sortie, la guérison ne s'est pas démentie. Elle se porte très bien et mange comme tout le monde.

Le poids du corps est maintenant de 55 kilogrammes. Il n'y a rien de particulier à noter, si ce n'est qu'elle a des règles qui durent longtemps, de 7 à 8 jours, et qu'elles sont accompagnées de quelques coliques. Le sang est bien coloré. La grande amélioration date surtout depuis deux mois.

OBSERVATION VII

(Thèse DENIAU).— Cas d'anorexie mentale communiqué le 21 mai 1881 à la Société clinique de Londres par le D^r DOWSE

Aj. . . est âgée de 14 ans. Elle est admise à l'hôpital le 15 juillet 1880, sous le diagnostic d'épilepsie accompagnée de paralysie. Les antécédents héréditaires sont tous bons. Les parents sont forts et bien portants, ainsi que ses frères et sœurs.

La famille l'avait toujours considérée comme une enfant délicate, et pendant sa première enfance, on lui avait donné de l'huile de foie de morue contre la faiblesse de sa constitution. Dans les premiers jours de l'été dernier, elle avait commencé à baisser visiblement, prétendant qu'elle ne pouvait avaler aucun aliment. Elle montrait une disposition marquée à l'obstination.

La moindre opposition à ses désirs était une cause de pleurs qui n'avait aucune raison d'être.

En qualité d'enfant délicate, on l'avait toujours traitée avec plus d'indulgence que les autres enfants,

et pendant ses accès de mélancolie elle n'adressait jamais la parole à sa mère, si ce n'est sur le ton de la dernière violence. Elle alla de mal en pis, et au mois de février de l'année dernière, elle resta treize jours sans vouloir rien prendre que de l'eau en petite quantité, du moins à la connaissance de son entourage.

Elle devint si faible que les parents passaient les jours et les nuits à son chevet, et une nuit on crut qu'elle allait mourir.

Elle n'adressait la parole à qui que ce fût ni ne se mêlait jamais à la conversation, et quelquefois il était même très difficile d'en tirer une réponse.

La répulsion pour n'importe quel aliment était des plus marquée.

Le jour de son entrée à l'hôpital, elle ne pouvait se tenir debout sans soutien. Les yeux étaient enfoncés, les pommettes proéminentes et les commissures des lèvres tombaient. Elle réalisait l'idéal de la misère. A peine sa voix était-elle perceptible. Son caractère était taciturne, honteux et réservé. Il y avait un singulier état morbide d'inactivité fonctionnelle, les mouvements étaient lents et l'esprit restait inactif. La respiration faisait peine à voir. La langue était parfaitement claire, la constipation opiniâtre, et les évacuations pâles couleur de *terre glaise*. La température ne dépassait jamais 98° Fahr. (37° centig.) et était souvent au-dessous.

Les extrémités étaient froides et cyanosées. Les sens étaient normaux. La pupille se montrait paresseuse. Le pouls était à 120 et la respiration à 20.

Il n'y avait pas d'anesthésie marquée de la gorge ni boule ou autre symptôme hystérique.

A son admission, on eut les plus grandes peines à lui faire avaler quelque nourriture ; mais on n'eut pas besoin d'employer l'alimentation forcée. Après deux mois de séjour à l'hôpital, le changement qui s'était produit en elle était des plus frappants et des plus caractéristiques.

Le poids du corps s'était considérablement accru, son caractère autrefois taciturne et réservé était devenu charmant et agréable pour tout son entourage, elle s'alimentait enfin sans réserve ni hésitation.

La guérison fut obtenue par l'administration fréquente de lait. On la forçait à prendre en 24 heures, 3 œufs, une *pinte* de thé de bœuf, 3 *pintes* de lait et 3 *onces* de rhum.

OBSERVATION VIII (1)

Communication orale de M. le Professeur CHARCOT à M. HUCHARD

C'est une malade atteinte d'anorexie invincible.

Elle refusait à manger depuis des mois, et l'état était devenu très grave, voisin de la cachexie — Corps extrêmement amaigri avec chairs flasques et ventre creusé en bateau, face pâle et blême, yeux excavés, pouls petit et misérable, jambes légèrement infiltrées.

..... En présence d'un état menaçant, M. Charcot prend une grave détermination ; il éloigne la malade de ses parents, puis lui commande impérieusement de

(1) Voir HUCHARD et AXENFELD : les névroses.

manger car si elle ne le fait pas « elle est vouée à une mort certaine précédée de souffrances horribles ».

Ces paroles, les mesures sévères qu'on prit à son égard firent merveille ; le premier jour elle voulut bien toucher à un peu de nourriture ; le deuxième jour elle mangea ; les jours suivants davantage encore, et une semaine après elle s'alimentait comme tout le monde.

Au bout de deux mois de ce régime, elle était transformée, elle avait repris son embonpoint et sa santé d'autrefois.

OBSERVATION IX (1)

KISSEL. Société de Pédiatrie de Moscou. Séance du 7 mars 1894

Le père est mort phthisique, a été buveur. La mère a des attaques hystériques. L'enfant a subi depuis trois ans des chagrins causés par des insuccès scolaires.

Depuis un an, on a remarqué un changement dans son caractère, dans ses sentiments affectifs et une exaltation religieuse.

Depuis huit mois, elle se nourrit peu ; elle a honte de tant manger, dit-elle. La petite malade est très amaigrée ; le tissu adipeux sous-cutané a complètement disparu ; les muscles sont atrophiés ; la peau est sèche, mince, la sensibilité est normale, les muqueuses sont pâles ; le ventre est rétracté. Aucune lésion organique. L'urine est pâle ; ni sucre ni albumine. Poids 22kg. 500. Température 35 à 36° 5.

Refus absolu d'aliments, elle boit très peu. La sug-

(1) *Revue de Neurologie*, 1894, p. 575.

gestion hypnotique échoue. Après essai infructueux d'alimentation forcée, on se décide, vu la présence de stigmates hystériques indéniables (l'auteur ne les indique pas) à isoler la malade et à l'éloigner de ses parents. Dès lors, elle obéit aux injonctions de prendre des aliments. Actuellement (4 mois après l'entrée), elle est méconnaissable, elle a augmenté de 13 kg. 250 gr. L'hérédité, l'absence de lésions organiques, les troubles psychiques, l'absence de réflexe pharyngé et la guérison rapide indiquent clairement que l'anorexie est d'origine hystérique.

OBSERVATION X

(*Lancet*, 1895, p. 31 — D^r LOCKHART Stephens)

La malade est âgée de 16 ans. Elle rentre à l'hôpital le 10 mars 1888. Elle est très émaciée et a une expression triste ; a une conversation enfantine et pèse 56 lb ; a les urines acides, sans sucre ni albumine ; la langue est propre, rouge ; les lèvres sont gercées. A l'examen on ne trouve rien, ni à l'abdomen, ni au thorax.

Elle n'a aucune aversion pour la nourriture ; néanmoins elle aime mieux manger du dessert ; elle en prenait très peu.

Dix mois avant sa rentrée à l'hôpital, elle avait très bonne mine, n'était pas maigre ; elle avait un bon embonpoint. et était bien proportionnée. Elle était même attrayante. De toutes ses camarades, c'était la mieux aimée des professeurs ; hors de l'école aussi elle était bien estimée.

Graduellement et sans cause apparente elle a perdu

l'appétit jusqu'au jour de son admission à l'hôpital. Elle ne comprenait pas d'ailleurs pourquoi on l'emmenait à l'hôpital. Jusque-là elle aidait sa mère dans les affaires du ménage; elle marchait aussi une assez grande distance sans se fatiguer.

On ne trouve rien dans les antécédents héréditaires. Son père et sa mère sont en bonne santé. Celle-ci pourtant était facilement excitable; mais elle se calmait très vite de par l'influence de sa fille qui lui restait seule de ses six enfants.

De par l'aspect de la malade on pouvait croire à un diabète; mais elle était trop maigre, et par contre assez agile pour le peu d'aliments qui la faisaient subsister.

Le docteur Stephens crut à une inanition volontaire, et il lui ordonna le repos, de bien se couvrir de laine et l'alimenta par des albuminoïdes.

La malade n'offrit aucune résistance au début, mais, après peu de jours, elle protesta contre cette alimentation. Elle se mit à crier et à appeler sa mère. Celle-ci qui ne demeurait pas très loin de là, entendait ses cris et vint la voir tous les jours. C'est ainsi qu'on perdit tout le progrès gagné dans cette période.

Au 1^{er} avril, elle pouvait se lever de son lit, et faire quelques pas autour de la chambre.

Le 2 avril, à six heures du matin, elle est devenue très faible, ne pouvait même pas avaler le lait dans lequel on battait des œufs qu'on avait l'habitude de lui donner. A huit heures on crut à un mieux; mais à huit heures quarante-cinq elle est tombée dans le collapsus : les yeux étaient fixes, les pupilles dilatées,

les conjonctivites insensibles. Elle avait soixante battements à la minute; le pouls n'étant pas perceptible à la radiale. On sentait à peine les battements à la fémorale.

La température était de 96 Fahr (35 6/10 centigr.)

Les extrémités étaient froides, livides et moites. Son expiration est devenue froide. On lui fit des injections hypodermiques de Brandy (15 minim. toutes les dix minutes).

On lui entoura le corps de bouteilles chaudes et on l'enveloppa dans de la flanelle. Vingt minutes après on lui sentit le pouls à la radiale; et jusqu'à onze heures du matin on n'a pas remarqué autre chose.

La malade s'est réchauffée un peu mais son haleine était toujours froide. Docteur Stephens fit alors passer un tube œsophagien rempli de lait chaud, tâchant ainsi de faire élever un peu la température interne.

A onze heures quarante elle prit connaissance et a commencé à causer.

Dans l'après-midi elle a essayé de s'asseoir sur son lit, mais elle n'y parvint pas.

La malade mourut le 3 avril à deux heures et demie du matin.

Autopsie. — Faite 56 heures après la mort.

Poids du corps : 48 lb. — Taille : 5 ft. 4 in.

Tous les organes étaient absolument normaux et l'on n'a rien noté de particulier.

(L'auteur donne le poids de tous les organes, ainsi que deux photographies de la malade qui avait littéralement la peau collée sur les os.)

OBSERVATION XI

Manifestation gastrique de l'hystérie chez l'enfant. (DANCOURT, thèse de Lille, 1904-1905.) — Observation LXXI de la Thèse (due à la bienveillance de M. le Professeur BÉZY, de Toulouse.

Déj... Cécile, 10 ans.

Antécédents héréditaires. — La mère est très nerveuse. On n'a aucun renseignement sur le père. Tous ses frères et sœurs sont en bonne santé.

Antécédents personnels. — Elle a fait la rougeole à cinq ans, la coqueluche à 8 ans.

Etat actuel (25 mars 1901). Enfant de caractère variable, coléreuse et capricieuse. 15 jours avant son entrée à l'hôpital elle a commencé à refuser toute nourriture et à rejeter immédiatement tout ce qu'elle absorbait. A l'examen, on ne trouve rien du côté de l'estomac, et on ne signale aucun stigmate de l'hystérie.

Le diagnostic d'anorexie et de vomissements hystériques est porté.

Traitement. — On l'isole à l'hôpital. On lui suggère que l'« on a des côtelettes descendantes qui ne remontent jamais ».

Elle ne vomit plus et sort guérie au bout de huit jours.

Revue en octobre 1904, elle est très bien portante. Elle n'a plus vomi depuis sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION XII

Par le Dr J. COMBY. (*Archives de Médecine des Enfants*, 1908, n° 8, p. 562.)

Fille de treize ans et demi. Anorexie nerveuse. — Amaigrissement profond avec anémie. — Guérison rapide par le séjour à l'hôpital.

Le 5 Janvier 1906, entre dans mon service de l'Hôpital des Enfants malades, Salle de Chaumont, n° 31, B... Léa, âgée de 13 ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Mère âgée de 37 ans, bien portante, ne toussant pas. Père 45 ans, bien portant, très vigoureux, ne toussant pas, mais alcoolique. Trois autres enfants sains, deux morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Née à terme, l'enfant a été nourrie au biberon, à la campagne, jusqu'à 2 ans. Elle a vécu ensuite à Paris. Première dent à 4 mois, marche à un an. Rougeole, varicelle, vers intestinaux autour de la treizième année. Constipation habituelle, elle reste très souvent trois ou quatre jours sans aller à la selle. Jusqu'à l'âge de douze ans, elle a toujours été bien portante. A ce moment elle fut réglée, eut ses époques régulières pendant cinq mois et cesse ensuite d'avoir ses menstrues. Nerveuse et impressionnable. Croissance rapide.

L'enfant n'a jamais toussé; cependant, depuis plus de trois mois, elle a perdu l'appétit; refuse de manger, d'où un amaigrissement rapide, accompagné d'anémie et de faiblesse générale. Le sommeil est resté bon; pas de sueurs nocturnes.

Elle a été traitée pendant deux mois par le protoxalate de fer et l'huile de ricin. On avait aussi prescrit le drap mouillé, mais elle n'a pu le tolérer. Inefficacité absolue de ce traitement.

Depuis le 1^{er} janvier 1906, l'enfant s'est sentie plus fatiguée, accusant même des frissons dans l'après-midi. Pas de céphalée, ni épistaxis, ni vomissement.

Etat actuel.— Fille très grande, très maigre, extrêmement pâle, avec muqueuses décolorées. Elle aurait maigri de 10 kilos depuis le mois de septembre dernier. Son poids actuel ne dépasse pas 28 kilos 700 (ce qui est à peu près le poids d'un enfant de onze ans). L'insuffisance de poids est encore plus marquée par rapport à la taille, qui est de 1^m60 (très supérieure à la moyenne de son âge). La face est maigre, les yeux sont cernés ; cils et sourcils longs et abondants. L'amaigrissement, assez marqué à la face, est effrayant sur le corps et les membres, la malade n'ayant littéralement que la peau et les os. La graisse sous-cutanée a disparu, et les muscles sont réduits à leur plus simple expression. Ventre déprimé en bateau, saillie notable des crêtes iliaques, du pubis et des vertèbres. Peau sèche.

L'examen des différents viscères donne un résultat négatif.

La malade ne tousse pas ; n'a jamais toussé. A la palpation et à la percussion, rien de notable. A l'auscultation, pas de différence appréciable entre les deux sommets ; peut-être légère diminution à gauche ; pas de bruits anormaux, rien aux bases. Au cœur, pas d'hypertrophie, pas de souffle ; bruits réguliers, mais

faibles et extrêmement lents (46 pulsations par minute). Cette bradycardie est à relever. Cependant, pas de fièvre ni d'hypothermie ; la température rectale est de 37° le jour de l'entrée, et elle est restée autour de 37° pendant les six semaines que l'enfant a séjourné dans le service.

Le foie et la rate ne dépassaient pas les fausses côtes ; ventre souple, pas d'induration ni empâtement.

Très légère douleur à la palpation, au niveau de l'ombilic. Rien au point de Mac Burney. Depuis trois jours, pas de selle. Pas de vomissement. Anorexie.

Réflexes rotuliens complètement abolis ; réflexe achilléen absent. Pas de réflexes pharyngien ni cornéen. Légère hyperesthésie cutanée, pas de zones hystérogènes, pas de plaques anesthésiques. Pas de rétrécissement du champ visuel. Aucun stigmate d'hystérie.

Urines normales, pas d'albuminurie. Un litre dans les 24 heures. Pas de diazo réaction. Urates, phosphates ammoniac-magnésiens.

Examen du sang. Globules rouges non déformés, 3.441.000. Globules blancs, 55.000.

Lymphocytes.....	23 p. 100
Polynucléaires.....	68 —
Grands mononucléaires.	10 —

Le 19 janvier, la malade a eu quelques vomissements. Léger point douloureux dans la fosse iliaque mais sans défense musculaire.

L'enfant, isolée de ses parents, a été mise au lit et ne s'est pas levée jusqu'à son départ qui a eu lieu le

19 février (six semaines d'alitement.) Après quoi elle a été envoyée en convalescence à la campagne.

Sans brusquerie, par persuasion, on lui a fait prendre du lait, des œufs, des purées, etc.

Rapidement elle a augmenté de poids, et son anémie a disparu.

Le 18 janvier elle pèse 30 kilos 900 au lieu de 28 kilos 700 le 5 janvier; le 26 elle pèse 32 kilos. Le 3 février on trouve 33 kilos 700. Le 16 février, quelques jours avant son départ, le poids est de 35 kilos, soit un gain total, en moins de six semaines, de 6 kilos 300.

Elle est méconnaissable; elle part dans les meilleures conditions de santé. Cette fille, qu'on avait cru phtisique, n'avait que de l'anorexie nerveuse. La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XIII

(FORCHHEIMER, *Arch. of. Pédiatrics*, nov. 1907)

Fille de 7 ans, parents nerveux et de souche nerveuse. Trois autres enfants dans la famille, dont un idiot. Rien à noter jusqu'à 6 ans, sauf un tempérament indocile et violent.

A cette époque, elle s'est mise dans la tête, qu'elle pouvait limiter sa nourriture à quelques aliments, dont elle prenait d'ailleurs une quantité insuffisante: viandes et légumes en petite quantité; fromage et salade en grande quantité. Constipation, perte de poids, insomnie, malaise général. Enfant pâle, maigre, pesant 6 ou 7 livres de moins que la moyenne. Rien

dans les urines ni dans le sang. Pas de stigmates hystériques, intelligence normale.

Après quatre semaines de traitement, elle était guérie, ayant gagné 9 livres, mangeant de tout, dormant bien, allant régulièrement à la selle.

OBSERVATION XIV

(FORCHHEIMER, *Arch. of. Péd.*, nov. 1907)

Fille de 12 ans : parents nerveux. Nourrie artificiellement, n'a jamais été malade, mais n'a jamais mangé comme les autres enfants. Depuis un an, elle ne veut manger que des pickles, de la salade et des olives, si on la force de prendre un autre aliment, elle le vomit aussitôt.

Avec ce régime elle a décliné, cessant de s'intéresser à ses études, tombant dans la langueur et la tristesse, devenant irritable, ne voulant plus aller à l'école, etc. Perte de poids, insomnie. L'appétit diminue de plus en plus, et l'amaigrissement fait des progrès. Un jour dans la rue elle est tombée; on a dû la rapporter à la maison. La nuit suivante, elle a des cauchemars et parle de sa mort.

M. Forchheimer la trouve dans un état avancé d'émaciation, avec pâleur, sans fièvre, sans lésions organiques d'aucun organe. Indican accru, hémoglobine diminuée. Douleurs passagères. Réflexe rotulien exagéré. Paralysie du rectum et de la vessie. Avec le traitement convenable, elle gagna 16 livres en six semaines et guérit complètement.

CONCLUSIONS

I. — L'anorexie mentale est une psychose à caractères particuliers et qui évolue pour son propre compte.

II. — Elle est spéciale aux jeunes filles et aux jeunes femmes.

III. — Elle est accompagnée souvent d'un délire spécial : délire d'indignité.

IV. — Elle a une durée très longue.

V. — L'anorexie mentale guérit. Son traitement tient dans l'isolement, la psychothérapie et la suralimentation.

VI. — Elle est susceptible de rechute.

Vu :

Le Président de la Thèse,
WEILL.

Vu :

Le Doyen de la Faculté,
L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 14 mars 1911,

Le Recteur, Président du Conseil
de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD.— Debove et Castagne. Traité des maladies du tube digestif.
- Archive de médecine des enfants. 1908, n° 8.
- Arch. of pediatrics, Nov. 1907. Forchheimer.
- Archives de médecine et chirurgie infantiles, Méry 1903, IV p. 93, 142.
- Archives neurologiques, 1897, IV, p. 299, 369. Terrien.
- Archives neurologiques, 1897, 20, IV, p. 249.
- AUDHOUIN Victor. — Traité des maladies de l'estomac.
- AXENFELD et HUCHARD. — Traité des névroses, 1883.
- BALLET-GILBERT. — La médecine moderne, 6 novembre 1907.
- BALLET-GILBERT. — Psychose et affections nerveuses.
- BALLET-GILBERT. — Pathologie mentale.
- BARRAS. — Traité de gastralgie et entéralgie.
- BÉZY. — Archives de Neurol, 1897, 20, IV p. 249.
- BIBENT. — Hystérie simulant les affections organiques chez l'enfant. Th. Toulouse, 1898.
- BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac.
- BRINTON. — Traité des maladies de l'estomac.
- BRIQUET. — Traité de l'hystérie, 1859.
- British Medical Journal, 1893, t. II, p. 527.
- BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine et de thérapeutique.
- CADE A. — Maladies de l'estomac et des intestins, 1910.
- CARYOPHILIS. — Progrès médical, 1892. N° 40, p. 241.

- CASTAIGNE. — V. Achard.
- CHARCOT. — Œuvres complètes, t. III, p. 240.
- CHARCOT. — De l'isolement dans le traitement de l'hystérie.
- CHARCOT. — Leçons du mardi.
- CHARCOT. — Leçons sur les maladies du système nerveux.
- COLIOLAN P. et P. GARNIER. — Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses.
- COLLET. — Pathologie interne.
- COLLINS. — Lancel, 1894, p. 202.
- COMBE J. — Archives de médecine des enfants, 1908, n° 8.
- Congrès de médecine interne de Lyon, 1894, séance 27 octobre. Sollier et Parmentier.
- Congrès de Bordeaux, 1895, Jolyet.
- DAMASCHINO. — Maladies des voies digestives.
- DANCOURT. — Manifestation gastrique de l'hystérie chez l'enfant, Th. Lille, 1995.
- DEBOVE. — (Voir Achard).
- DEJERIN et GAUCKLER. — Psychonévroses et leur traitement par la psychothérapie, 1911.
- DENIAU. — De l'hystérie gastrique. Th. Paris, 1883.
- DIEULAFOY. — Pathologie interne.
- DUBOIS Paul. — Psychonévroses et leur traitement moral.
- ESQUIROL. — Des maladies mentales.
- EWALD. — Leçons cliniques sur les maladies de la digestion.
- FÖRCHHEIMER. — Arch. of pediatrics nov. 1907.
- GARNIER. — P. V. P. Coliolan.
- GAUCKLER. — Voir Déjerine.
- Gazette des Hopitaux 1905 — page 639.
- Gazette des Hopitaux 1909. — page 1116.
- GILBERT ET BROUARDEL. — Traité de médecine et de thérapeutique.
- GOLDSPIEGEL (M^{lle}). — Contribution à l'égard de l'hystérie chez les enfants, th. Paris 1888.
- GUIRAUD. — Essai sur l'hystérie précoce se développe chez les jeunes filles avant la puberté, Th. Paris 1880.

GULL. — Lancet, 1873.

HUCHARD ET AXENFELD. — Traité de névrose 1883.

ISNARD. — Les manifestations de l'hystérie dans l'enfance,
Th. Montpellier 1896.

JANET P. — Les névroses.

JANET P. — Les obsessions et la psychasténie,

JANET P. et P. RAYMOND. — Névrose et idées fixes.

JOLYET. — Congrès de Bordeaux 1895.

Journal des Praticiens 1909, page 358.

Journal de Médecine. — Interne, 4^{er} septembre 1905.

Journal de Médecine 1789. — Nadeau. — Une maladie nerveuse accompagnée d'un dégoût extraordinaire pour les aliments.

KALER. — Contributions à l'égard de l'hystérie chez les enfants, Th. Nancy 1899.

KISSEL. — 1894. — 15 octobre, n° 19, page 575.

LAMY. — Traité de médecine, t. IV.

LANCET 1873. — Fransch. of clinical society, Sir W. Gull.

LANCET. — 1888.

LANCET 1894. — page 202.

LANCET 1895. — Marshall.

LASEGUE. — Archives générales de médecine avril 1873,
page 385. Etudes médicales 1884, t. II p. 45.

LA TOURETTE GILLE. — Traité de l'hystérie.

LA TOURETTE GILLE. — La nutrition dans l'hystérie 1890.

LA TOURETTE GILLE ET Georges CARNE. — du traité de médecine de Brouardel et Gilbert.

LEVEN. — Traité des maladies de l'estomac.

LEVEN. — Estomac et cerveau.

LIÉTARD. — Affection de l'appareil digestif.

LUYS. — Traité clinique et pratique des maladies mentales.

MARSHALL. — Voir Lancet 1895.

MATHIEU A. ET J.-Ch. ROUX. — L'inanition chez le dyspeptiques et les nerveux

MATHIEU (Albert). — Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin.

- MÉDECINE MODERNE. — 6 Novembre 1907.
- MERKLEN ET NOBECOURT. — Société de pédiatrie, 15 mai 1906.
- MERY. — Arch. de méd. et chir. infantile 1903, IV. page 93.
- MORAT ET DOYON. — Traité de Physiologie.
- NADEAU. — Voir Journal de médecine 1789.
- NOBÉCOURT ET MERKLEN. — Société de pédiatrie, 15 mai 1906.
- Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. — t. V n° 5 1892.
- Wallet, page 276.
- PARIS. — De l'hystérie chez les petites filles, Th. Paris 1880.
- PARMENTIER. — Voir Congrès de Lyon.
- PAVIOT. — Diagnostic médical et séméiologie.
- PEUGNIEZ. — Sur l'hystérie, Th. Paris 1885.
- PINEL. — Traité de pathologie cérébrale.
- Presse Médicale, 1905, p. 392.
- 1995, p. 332.
- Progrès Médical, 1892, n° 40, p. 391. Caryophylis.
- Province Médicale 1910, le 18 juin, p. 277.
- RAYMOND. — Journal de médecine interne 1^{er} sept. 1902.
- RAYMOND et JANET. — Névroses et idées fixes.
- RAYMOND. — Revue de neurologie 1913, p. 277.
- RAYMOND. — Clinique des maladies du système nerveux.
- RAYMOND. — Pathologie nerveuse.
- RAYMOND. — Névroses et psychonévroses.
- Revue de neurologie 1913, p. 277, Raymond.
- Revue de neurologie, 15 octobre 1894, n° 49, p. 575, Kissel.
- ROSENTHAL, page 13.
- ROUX. — Diagnostic et traitement des maladies nerveuses.
- ROUX J. — Société d'anthropologie de Lyon 1897. Sur la faim.
- SÉE Germain. — Des dyspepsies gastro-intestinales.
- SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE, 15 mai 1906, Nobécourt et Merklen.
- SOLLIER P. — Revue de Médecine, août 1891, p. 625.
- L'hystérie et son traitement.
- Guide pratique des maladies mentales.
- Voir Congrès de Lyon.
- SOLTMANN. — Jahrb. f. Kind 1894.

SOUPAULT. — Les dyspepsies nerveuses, Th. Paris 1893.

— Traité des maladies de l'estomac.

STEWART P. — Diagnostic des maladies nerveuses.

TERRIEN. — Arch. neurol, 1897 IV, p. 299-369.

WELLET. — Voir nouvelle icon. Salpêtrière.

WEILL E. — Précis de médecine infantile.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Synonymes de l'anoréxie mentale	11
Définition	11
Historique	12
Pathogénie	22
Etiologie	24
Causes prédisposantes	24
Causes déterminantes	24
a) émotives	25
b) volontaires	25
Sexe	26
Age	26
Symptômes	27
Durée	36
Complications	37
Fréquence	38
Pronostic	39
Diagnostic	41
Traitement	44
Observations	53
Conclusions	89



Imp. WALTENER & C^{ie} 3, rue Stella, Lyon
et 2, place du Caire, Paris

